

| 自立支援医療費(更生・精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更)<br>※1   |                  |                                 |      |          |          |          |      |
|--|------------------|---------------------------------|------|----------|----------|----------|------|
| 障害者・児  | フリガナ             |                                 | 性別   | 男・女      | 年齢       | 歳        | 生年月日 |
|  | 受診者氏名            |                                 |      |          |          |          | 年月日  |
| 未受診者が18歳未満の場合  | フリガナ             |                                 | 電話番号 |          | 受診者との関係  |          |      |
|  | 受診者住所            |                                 |      |          |          |          |      |
| 負担額に関する事項  | 受診者の被保険者証の記号及び番号 |                                 | 保険者名 |          |          |          |      |
|  | 受診者と同一保険の加入者     |                                 |      |          |          |          |      |
|  | 該当する所得区分※3       | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |      |          | 重度かつ継続※4 | 該当 ・ 非該当 |      |
| 身体障害者手帳番号  |                  | 精神障害者保健福祉手帳番号                   |      |          |          |          |      |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)   | 医療機関名            |                                 |      | 所在地・電話番号 |          |          |      |
|  |                  |                                 |      |          |          |          |      |
| 受給者番号※5  |                  |                                 |      |          |          |          |      |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float:right">印 ※6</span></p> <p style="text-align:center">年 月 日</p> <p>島根県知事<br/>津和野町長 <span style="float:right">様</span></p> |                  |                                 |      |          |          |          |      |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

| 自治体記入欄   |  |       |  |          |          |  |  |
|----------|--|-------|--|----------|----------|--|--|
| 申請受付年月日  |  | 進達年月日 |  | 認定年月日    |          |  |  |
| 前回所得区分   | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上                                    |       |  | 重度かつ継続   | 該当 ・ 非該当 |  |  |
| 今回所得区分   | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上                                    |       |  | 重度かつ継続   | 該当 ・ 非該当 |  |  |
| 所得確認書類   | 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証<br>生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( ) |       |  |          |          |  |  |
| 前回の受給者番号 |  |       |  | 今回の受給者番号 |          |  |  |
| 備考       |  |       |  |          |          |  |  |