

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（変更認定）申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

申請者氏名 ㊟

次のとおり自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給認定（変更認定）を申請します。
 なお、認定のため必要な場合は、市民税等の課税状況、生活保護受給状況等について、市長が関係部署の公簿（世帯員分を含む。）を閲覧することに同意します。

受診者	フリガナ 氏名		性別	年齢	生年月日
	住所		男・女	歳	年月日
保護者	フリガナ 氏名		受診者との関係		
	住所		電話番号		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号番号				保険者名
	受診者と同一保険の加入者				
	該当する所得区分	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			
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（変更認定の場合のみ）					

（注）

- 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。
- 2 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合のみ記載してください。

（市記入欄）

申請受付年月日	年 月 日	認定年月日	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	<input type="checkbox"/> 市民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号		前回の受給者番号	