

自立支援医療費 (更生) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更)

※該当する新規・再認定・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。

受診者	フリガナ		年齢	生 年 月 日		
	氏 名		歳	年 月 日		
	住 所	〒		電 話 番 号		
	個人番号					
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者番号	保険種別			
		保険者名				
	受診者と同一保険の加入者	氏名		個人番号		
該当する所得区分			重度かつ継続			
身体障害者手帳番号			受給者番号			
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			
備 考						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
申請者氏名		年 月 日		水戸市長 殿		

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 「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と。

----- 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	
所得確認方法	個人番号	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	
前回の受給者番号	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 ()		
備 考	前回の受給者番号	今回の受給者番号			