

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1					
受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ			電話番号	
未 満 の 場 合 18 歳	フリガナ			受診者との関係	
	保護者氏名				
	フリガナ			電話番号 ※2	
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					
治療方針の変更 ※6	有・無		診断書の添付 ※6、※7	有・無	
<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 style="text-align: center;">申請者氏名 印 ※8</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">能代市長 様</p>					

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をしてください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 申請者氏名については、記名押印してください。

-----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 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			
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規				
変更申請内容	（ 医 ・ 薬 ・ 訪看 ・ 所得区分 ） の （ 追加 ・ 変更 ）				
備考					市町村担当者 本人確認欄 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>