

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書

フリガナ		性別	生年月日
受診者氏名		男・女	明治 昭和 年月日
個人番号	（ 歳）		平成 令和
受診者住所	〒 —	電話	— —
負担に関する事項	受診者の健康保険の記号及び番号※	保険者名※	
	受診者と同一保険加入者の氏名※	個人番号	
※ 資格確認書または資格情報のお知らせの写し等を添付する場合は記入不要です。			
身体障害者手帳番号	(この申請書に写しを添付する場合は記入不要です。)		
受診を希望する指定自立支援医療機関等	名称	所在地	
	医療機関		
	薬局(院外処方せんで利用する場合のみ)		
追加の医療機関(やむを得ない事情がある場合に限る)	訪問看護ステーション		
	追加の医療機関		
	追加申請理由(該当する追加理由に□をしてください) □検査 □その他()		
追加・変更年月日	年	月	日
受給者番号	(再認定または、変更の方のみ記入してください)		
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給(制度移行・新規・再認定・変更)を申請します。 ↑ ↑ ↑ ↑ (いずれかに○をしてください。)			
私は、八幡市と京都府が協調して実施する障害者福祉サービス等利用支援事業費補助金の適用を申請します。・申請しません(←いずれかに○をしてください。記載のない場合は、申請したものとみなします。)			
この制度を利用するにあたっては、京都府または八幡市が私の自立支援医療についての個人情報を確認することに同意します。			
年 月 日			
八幡市福祉事務所長様 申請者氏名			

手帳の有無: 未・済 / 手帳同時申請: 有() / 手帳発行確認: 済()

八幡市使用欄 医療保険変更: 年 月 日から / 所得・世帯区分変更: 年 月 日から

□マイナポータル確認済(資格取得日: 年 月 日)