

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書

フリガナ 受診者氏名		性 別		
個人番号		男 ・ 女	年 月 日 生まれ （ 歳）	
受診者住所	〒 電 話 - -			
負担に関する事項	受 診 者 の 保 険 証 の 記 号 及 び 番 号	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)		保 険 者 名
	受 診 者 と の 同 一 保 険 加 入 者 の 名	(この欄は、保険証のコピー（加入者全員の氏名を確認できるようコピーしたもの）を添付する場合は記入不要です。)		
		個 人 番 号		
所 得 区 分	A ・ B 1 ・ B 2 ・ B 3 ・ C 1 ・ C 2 ・ C 3 ・ 一定以上	重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当	
	(所得の区分に関する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。(わからない場合は、記入不要です。))			
身体障害者手帳番号	(この申請書に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			
	追加の医療機関（該当する追加理由に○をしてください） ☐ 検査 ☐ その他（ ）			
	（複数ある場合はそれぞれに追加交付理由がわかるように記載ください。） 薬局（院外処方せんで利用する場合のみ）			
	訪問看護ステーション			
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(負担上限額が変更される場合)）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。) なお、この制度を利用するにあたっては、京都府又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。				
八幡市福祉事務所長 様				
申請者氏名				

----- ここから下には、記入しないでください。 -----

(八幡市記入欄)

申請受付年月日				認定年月日 (府記入欄)	
前回所得区分	A ・ B 1 ・ B 2 ・ B 3 ・ C 1 ・ C 2 ・ C 3 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	A ・ B 1 ・ B 2 ・ B 3 ・ C 1 ・ C 2 ・ C 3 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認	同意書による確認 課税証明書 非課税証明書 標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯証明書添付 その他()				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考	セーフティネット上限負担月額 円				