

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）													※1			
(宛先) 名古屋市 区長													令和 年 月 日			
私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、地方税法に基づく課税台帳等による所得状況及び国民健康保険情報、後期高齢者医療情報 (必要に応じ、世帯員分を含む)について確認されることを承諾します。 また、必要に応じ、世帯の生活保護受給状況についても確認されることを承諾します。																
障害者	フリガナ											年齢	歳	生 年 月 日		
	申請者氏名													大正昭和 平成令和 年 月 日		
	住 所											電話番号				
	個人番号															
負担額に関する事項	申請者の被保険者記号及び番号											保険者名				
	申請者と同一保険の加入者											☐ 扶養控除見直し前の旧税額計算対象に該当(16～18歳の扶養人数 人) ☐ 寡婦(夫)控除みなし適用対象世帯該当				
	個人番号															
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上										高額治療 ※2		該当・非該当		
身体障害者手帳番号	県 第 号 (年 月 日交付)															
障害名											I 種 級 II					
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 ※3											特定疾病療養受療証 ※4		有 ・ 無			

- ※1 新規・変更のいずれかに○をしてください。変更の場合は、障害者欄及び変更のある事項のみ記入してください。
※2 別紙の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。
※3 再認定または変更の方のみ記入してください。
※4 腎臓機能障害の方のみ記入してください。

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		
備考					