

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）					
※1					
障害者・児	フリガナ			年齢	生年月日
	受診者氏名				歳
	フリガナ			電話番号	
受診者住所					
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係	
	保護者氏名				
	フリガナ			電話番号	
保護者住所 ※2			※2		
	保護者個人番号				
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				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	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				
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 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> <div style="text-align: right;">摂津市長 様</div>					

- ※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○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定又は変更の場合のみ記入する。

----- 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	年 月 日	進達年月日	年 月 日	認定年月日	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 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証	
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					