

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）兼同意書

※1

申請年月日 年 月 日			
音更町長 宛て			
次のとおり自立支援医療費（育成）の支給を申請するとともに、自立支援医療費（育成）の支給認定のため、音更町が行う調査に同意します。			
（申請・同意者）			
住 所			
氏 名			
個人番号			
受診者との続柄			
※自署又は記名押印すること			
受 診 者 氏 名	個人番号：	歳	生年月日 年 月 日
受 診 者 住 所	電話番号		
負担額に関する事項に 関	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	氏 名： 個人番号：	
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 ※2			

※1 該当する医療の種類及び新規・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）いずれかをお願いします。

※2 再認定又は変更の方のみ記入してください。

※音更町記入欄

申請受付年月日	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	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 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		
教 示			