

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1											
受診者	ふりがな				性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名								年 月 日		
	ふりがな				電話番号						
受診者住所											
個人番号											
受診者の保護者	ふりがな				受診者との関係						
	保護者氏名										
	ふりがな				電話番号※2						
保護者住所※2											
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	※透析の方は特定疾病療養受療証の写しも必ず添付願います。			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の個人番号										
	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	県第 号			受給者番号※5							
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							
山口市福祉事務所長 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請に当たり、私の世帯の課税台帳、住民基本台帳等を閲覧することに同意します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 年 月 日 申請者（保護者）氏名 印 ※6 </div>											

書類提出者（※受診者と同じの場合は記入不要です。）

氏名 (申請者との関係)	()		委任欄	左記の者を代理人と定め、 支給申請の権限を委任します。 氏名 印 自筆による署名又は記名押印
住所	〒			
	電話番号			

- ※1 新規・再認定・変更のいずれか該当するものに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入
- ※3、※4 チェックシート（裏面）を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入
- ※6 申請者氏名については、自筆による署名又は記名押印のいずれかとする。

----- 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		認定年月日	
申請受付年月日			
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
所得確認方法	個人番号 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 ()		
備考			