

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）

年 月 日

熊本市長 様

申請者氏名

EP

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|-----------------|---|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | 年齢 | 歳 | | | | | | | | | |
| 申請者住所 | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 加入医療保険の記号及び番号 | | | | | | | | | 保険者名 | | | | | | | | | | | | |
| | 申請者と同一保険の加入者 | 氏名 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 該当する所得区分※1 | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 | | | | | | | | | | 重度かつ継続※2 | | 該当 ・ 非該当 | | | | | | | | |
| 申請者の収入※3 | 非課税収入（障害年金・遺族年金※4・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当） 老齢年金・給与所得・営業等・退職所得・収入なし・その他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | その他の障害で、現在自立支援医療（更生医療）を受給していますか。 | | | | はい（心臓・腎臓・整形・その他）・いいえ | | | | | | | | |

年 月 日

熊本市長 様

私の属する世帯の課税状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

申請者氏名

ΕΡ

- ※1 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※3 申請者の収入に○をする。
 ※4 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金。
 ※5 再認定、変更の方のみ記入。

(申請書裏面)

(医療機関にて記入してください。)

事項

1 新規

2 期間延長

| | |
|------|---------------|
| 延長期間 | 年 月 日から 年 月 日 |
|------|---------------|

3 内容変更

| | |
|------|---------------|
| 変更事項 | 変更前 |
| | 変更後 |
| 変更理由 | |
| 変更期間 | 年 月 日から 年 月 日 |

4 医療機関変更

| | |
|-----------|---------------|
| 指定医療機関名 | 変更後 |
| | 変更前 |
| 医療機関変更の理由 | |
| 変更期間 | 年 月 日から 年 月 日 |

5 併行受療

| | |
|---------|---------------|
| 医療機関 | 併行先医療機関 |
| | 現指定医療機関 |
| 併行受療の理由 | |
| 併行受療期間 | 年 月 日から 年 月 日 |

6 自己負担上限額の変更