

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（新規・再認定・変更）申請書

障がい者・児	ふりがな		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	
受診者が18歳未満の場合	ふりがな				受診者との関係	
	保護者氏名					
	ふりがな				電話番号	
	保護者住所				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					
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						

上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

なお、自己負担上限額決定のため、受診者及び同一保険の加入者全員の所得及び課税状況等を調査（照会）することに同意します。

年 月 日

当別町長 様

申請者（受診者）氏名

（受診者が18歳未満の場合は保護者氏名）

受診者と同一保険の加入者氏名

当別町記入欄

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 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定書 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					