

記入例

申請の内容に○をつける。

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）

※1

障害者	フリガナ	トヤマ ハナコ		医療を受ける方の氏名・住所などを記入する。	年齢	〇〇 歳	大正 昭和 〇年 △月 □日	
	受診者氏名	富山 花子		日中に連絡がとれる電話番号を記入する。	成 令和	〇年 △月 □日		
	フリガナ	トヤマシ シンサクラマチ		電話番号	076 (443) □□□□			
	受診者住所	富山市 新桜町7番38号						
	受診者個人番号	1234 〇〇〇〇 △△△△		医療を受ける方のマイナンバーを記入する。		医療を受ける方の健康保険の記号及び番号を記入する。		
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	01234567 123		保険者名	全国健康保険協会 富山支部			
	受診者と同一保険加入者氏名	富山 太郎	富山 一郎	医療を受ける方と同一保険に加入している方全ての氏名及びマイナンバーを記入する。		該当すると思われる区分に○をつける。		
	受診者と同一保険加入者個人番号	〇〇〇〇 5678 □□□□	△△△△ □□□□ 9101					
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間・中間		該当すると思われる区分に○をつける。		重度かつ継続※4	該当・非該当	
	受診者の収入状況※5	障害年金等の受給の有無		有・無	特別障害者手当等の受給の有無	有・無		
身体障害者手帳番号		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。 富山 市 県 第 12345 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				
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局			富山市〇〇〇 076-443-xxxx 富山市□□□ 076-443-xxxx				
受給者番号※6		56789 既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 自立支援医療支給認定にあたり、障害福祉課担当職員が必要な税情報や手当の調査することに同意します。 申請者氏名 富山 花子 申請者氏名 富山 花子 年 月 日 医療を受ける方の氏名を記入する。 医療を受ける方の氏名を記入する。 （あて先）富山市社会福祉事務所長								

※1 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○をしてください。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 チェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。

※5 再認定または変更の方のみ記入してください。

（注）自立支援医療受給者証の写しを指定医療機関に送付しますが、このことについてご都合の悪い方は申し出てください。