

様式第32号（第35条、第37条関係）

| 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・児 | フリガナ | | | 年齢 | 生年月日 |
| | 受診者氏名 | | | 歳 | 年 月 日 |
| | フリガナ | | | 個人番号 | |
| | 受診者住所 | | | 電話番号 | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | | 個人番号 | |
| | 保護者氏名 | | | 受診者との関係 | |
| | フリガナ ※2 | | | 電話番号 ※2 | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証の記号番号 | 保険者名 | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | | | | |
| | 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 | | | 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 ※5 | | | | | |
| 大田原市福祉事務所長 様 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、大田原市が世帯員の課税台帳等を確認することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 ※6 | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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○を付ける。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付ける。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付ける。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入する。
- ※6 申請者氏名については、記名してください。

市記入欄

| | | | |
|----------|--|--------|----------|
| 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 | 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（ ） | | |
| 前回の受給者番号 | 今回の受給者番号 | | |
| 備考 | | | |