

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									
障害者・児 の 受診者が18歳未満の場合	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
		個人番号:					年 月 日		
	フリガナ 受診者住所					電話番号			
	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係			
		個人番号:							
	フリガナ 保護者住所					電話番号			
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								
	該当する所得区分	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		
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									
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日 北上市長 様									

----- 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

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
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					