

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）											
※該当する新規・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○をする。											
受診者	フリガナ							年齢	生 年 月 日		
	氏 名										
	住 所	〒						電 話 番 号			
	個人番号										
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					保険者番号				保険種別	
						保険者名					
	受診者と同一保険の加入者	氏 名				個人番号					
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						受給者番号					
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					
備 考											
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											

※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

-----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
所得確認方法	個人番号　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					