

様式第17号（第16条関係）

自立支援医療費(育成・更生) 支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1																	
障がい者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日							
	受診者氏名																
	フリガナ							電話番号									
	受診者住所																
	個人番号																
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係									
	保護者氏名																
	フリガナ							電話番号※2									
	保護者住所※2																
	保護者個人番号																
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							保険者名									
	受診者と同一保険の加入者							受診者と同一保険の加入者個人番号	公的年金等受給の有無		有 ・ 無						
														公的年金の種類			
														年間収入額		円／年	
	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							
身体障がい者手帳番号																	
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 ※3																	
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																	

※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○をする。
※2 受診者本人と異なる場合に記入。
※3 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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	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											