

様式第26号(第21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													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名						年齢	歳	生年月日 年 月 日				
	フリガナ 受診者住所						電話番号						
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名						受診者との関係						
	フリガナ 保護者住所 ※2						電話番号						
	個人番号												
負担額に関する事項	受診者の被保険者等 記号・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												
	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													
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 (宛先)伊勢崎市福祉事務所長													

- ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定又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	
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	
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 生活保護受給世帯の証明書 その他収入を証明する書類( )		限度額認定・標準負担減額認定書 課税状況確認表(市町村確認)		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備 考					