

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定）

受診者	ふりがな		性別	年齢	生年月日	
	氏名		男・女	歳	年 月 日	
診者	個人番号					
	住所	〒		電話番号		
保護者	ふりがな		受診者との関係			
	氏名					
護者	個人番号					
	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					
	個人番号					
	該当する所得区分	生保・低所得1・低所得2・中間1・中間2・一定以上				
	重度かつ継続	該当・非該当		「世帯」範囲の特例	申請する	
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				
		(電話)				
		(電話)				
身体障害者手帳番号						
受給者番号						
<p>(宛先) 旭川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>自立支援医療費の支給認定を受けたいので、申請します。</p> <p>申請者氏名 ㊟</p>						

- (注) 1 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。
 2 「保護者」欄の住所及び電話番号は、受診者と異なる場合に記載してください。
 3 「該当する所得区分」欄及び「重度かつ継続」欄は、該当する項目を○で囲んでください。
 4 「「世帯」範囲の特例」欄は、申請する場合に○で囲んでください。
 5 「受給者番号」欄は、再認定の申請の場合に記載してください。

調 査 書

「 世 帯 」 の 状 況

※ 太枠の中のみ記入してください。

氏 名	受診者との続柄	職 業	年金受給の状況		市民税課税状況	市民税所得割額	備考
	受診者		遺族年金	有・無	課・非	円	
			障害基礎年金	有・無			
			/		課・非	円	
			/		課・非	円	
			/		課・非	円	
			/		課・非	円	
			/		課・非	円	
所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				合計	円	受診者収入額 円
重度かつ継続	該当 ・ 非該当				世帯の特例		適用

上記のとおり確認しました。

平成 年 月 日

調査者

印