様式第61号（第20条、第２２条関係）

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

申請の種類に○をつける。

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	シモツケ　ハナコ 下野　花子	性別	男・女	年齢	60歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 30年　1月　4日
	フリガナ 受診者住所	シモツケシイシバシ 下野市石橋552-4				電話番号	0285-52-1112
	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 ※2	
	保護者個人番号						
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	○○○○健康保険組合		
	受診者と同一保険の加入者	下野　太郎　、下野　次郎					
	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2　・　一定以上				重度かつ継続 ※4	
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 ○○○○病院 □□□□薬局				所在地・電話番号 下野市○○○△△△-△　０２８５－○○○○－×××× 下野市□□□○○○-○　０２８５－□□□□－××××	
受給者番号　※5							
治療方針の変更		有　・　無		診断書の添付		有　・　無	

医療を受ける者の名前を書く。

医療を受ける方のマイナンバー（12桁）を記入。

医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入する。

医療を受ける方と同一保険に加入している方全ての氏名を記入。

医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。

手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。

医療を受ける方と同一の保険に加入している全員のマイナンバー（12桁）を記入。

複数申請するのであれば、全て記入する。

既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。

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　下野　花子　下野　印　※6

平成　○○　年　○○　月　○○　日

下野市福祉事務所長　　殿

※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　再認定または変更の方のみ記入。
※８　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。

記入例

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					