.様式第２６・３０号（第４５・４７条関係）

自立支援医療費（更生・育成医療）支給認定申請書（　新規・変更・再認定　）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生 年 月 日 年　月　日
	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	父・母・祖父・祖母 兄弟・姉妹・その他
	保護者住所 ※2	〒　－		電話番号 ※2	
	個人番号				
負担額に関する事項	被保険者の記号及び番号	保険種別 社保・国保・生保 後期高齢・その他	記号	番号	保険者名
	受診者と同一保険加入者及び個人番号 ※3	（　　）	（　　）	（　　）	（　　）　（　　）
身体障害者手帳番号		県第　　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
	〈病院〉		
	〈薬局〉		
受給者番号 ※4			

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。

申請者氏名　　※5

令和　　年　　月　　日　　諫早市福祉事務所長　様

※1　新規・変更・再認定のいずれかに〇をする。変更の場合、障害者・児および変更のある事項のみ記入。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。
※3　受診者が後期高齢者医療加入者の場合は、同一世帯内の全ての後期高齢者医療加入者の氏名と個人番号を記入。
※4　変更または再認定の方のみ記入。
※5　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。

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分				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	□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（　　）　□職権				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					