様式第２０号

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

日田市福祉事務所長　様

次のとおり自立支援医療費の支給認定（変更認定）を申請します。

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　※１　申請年月日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | フリガナ |  | | | 歳 | | 生年月日 | |
| 受診者氏名 |  | | |
| 年 月 日 | |
| 個人番号 |  | | |
| フリガナ  受診者住所 |  | | | | 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 |  | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  | | | | | | |
| 身体障害者手帳 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　等 | | 所 在 地・ 電 話 番 号 | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| 受給者番号　※２ | |  | | | | | | |

※１　申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかでお願いします。

※２　変更の方のみ記入してください。

注　変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

福祉事務所記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 |  | 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 | □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（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 備　考 |  | | | | |