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）

※該当する新規・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。

受診者	フリガナ			年齢	生　年　月　日
	氏　　名				
	住　　所	〒		電　話　番　号	
	個人番号				
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		保険者番号	保険種別	
			保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏　名	個人番号		
	該当する所得区分		重度かつ継続		
身体障害者手帳番号			受給者番号		
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		
備　　考					

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。また、自立支援医療費の支給認定のために、本人及び本人と同一の医療保険に加入している者の所得等や納付状況、年金受給額について関係機関に提供を求めることに同意します。

申請者氏名　　年　　月　　日

日田市福祉事務所長 様

※　「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※　「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。----------

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					