

様式第31（第19条関係）

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者・児	フリガナ		性別	男	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名			女			年	月	日
	フリガナ		知立市			電話番号			
	受診者住所								
個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係						
	保護者氏名								
	フリガナ		□上記障害者と同じ			電話番号※2			
	保護者住所※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	□愛知県後期高齢者医療広域連合					
	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								
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※4	該当・非該当			
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				所在地・電話番号				
受給者番号 ※5									
<p>知立市長 様</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印 ※6</p>									

- ※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。
- ※6 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					