|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 障　害　者 | フリガナ  受診者氏名 |  | | 年齢 | | | 歳 | | | 生年月日 | |
|  | | 年　　月　　日 | |
| フリガナ  受診者住所 |  | | | | | | | 電話番号 | |  |
|  | | | | | | |  |
| 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 | | |  | | | | | |
| 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 | 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 |
| 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（薬局及び訪問介護事業者を含む。） | | 医療機関名 | | | 所在地及び電話番号 | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| 受給者番号　※２ | |  | | |  | | | | | | |
| 私は、上記のとおり自立支援医療費（更生医療）の支給の認定を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  申請者氏名　　　　　　　　　印　※３  　（あて先）五島市長 | | | | | | | | | | | |

様式第１号（第２条、第４条、第６条関係）

備考

　　１　※１の欄は、新規、再認定又は変更のいずれかに○印を付してください。

　　２　※２の欄は、再認定又は変更の方のみ記入してください。

　　３　※３の欄は、申請者の記名押印又は自筆による署名をしてください。

…………………………ここから下の欄には、記入しないでください。………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 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 | | |  | |
| 摘要 |  | | | | | |