様式第１号（第２条、第４条、第６条関係）

<table>
<tr><td colspan="8">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</td></tr>
<tr><td rowspan="3">障害者</td><td rowspan="2">フリガナ
受診者氏名</td><td></td><td rowspan="2">年齢</td><td rowspan="2">歳</td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ
受診者住所</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">負担額に関する事項</td><td>受診者の被保険者証の記号及び番号</td><td></td><td>保険者名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者と同一保険の加入者</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>受診者と同一保険の加入者個人番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>該当する所得区分</td><td colspan="2">生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上</td><td colspan="2">重度かつ継続</td><td>該当・非該当</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">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。）</td><td colspan="2">医療機関名</td><td colspan="4">所在地及び電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号　※２</td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="8">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　※３
（あて先）五島市長</td></tr>
</table>

備考

１　※１の欄は、新規、再認定又は変更のいずれかに〇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。……

<table>
<tr><td>申請受付年月日</td><td></td><td>認定年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>前回所得区分</td><td colspan="2">生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上</td><td>重度かつ継続</td><td>該当・非該当</td></tr>
<tr><td>今回所得区分</td><td colspan="2">生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上</td><td>重度かつ継続</td><td>該当・非該当</td></tr>
<tr><td>所得確認書類</td><td colspan="4">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（　　）</td></tr>
<tr><td>前回の受給者番号</td><td></td><td>今回の受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>摘要</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>