様式第24号(第22条、第25条関係)

自立支援医療費支給認定(変更認定)申請書

障害者・児	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生年月日						
	受診者氏名							年 月 日						
	フリガナ					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					電話番号		— —						
	保護者住所													
	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									
	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					精神障害者保健福祉手帳番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む。)	医療機関名							所在地・電話番号						
	(薬局)													
	(訪問看護事業所)													
受給者番号														

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者住所

申請者氏名 ㊞

申請者電話番号 — —

受診者との続柄 本人・配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹・その他(　　)

年 月 日

亀山市福祉事務所長 様

注1 新規・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)・再認定のいずれかに丸をする。
注2 都道府県で指定された医療機関・薬局・訪問看護事業所名を、各1ヶ所ずつ申請する。
申請をした医療機関・薬局・訪問看護事業所でしか、助成対象とならない。変更する場合は、再申請する必要がある。
注3 受給者証番号は、変更又は再認定の方のみ記入
注4 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			
備考					