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　　申請者電話番号　―　―

申請者氏名　　㊞　　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					