

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定(変更認定)申請書						
障害者・児	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					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 ※1			電話番号 ※1		
	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	氏名				
		個人番号				
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 ※2	該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番						
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 ※3						
<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>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>ひたちなか市福祉事務所長 様</p>						

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 再認定又は変更の方のみ記入。

----- 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		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			

自立支援医療（更生医療・育成医療）の申請について

※原則として事前申請となっております。更生医療を申請される場合は、茨城県の判定を受ける必要がありますので、余裕をもった申請をお願いします。

○申請に必要な書類

- 意見書（指定医療機関において主として担当する医師が記載する必要があります。）

- 申請書

- 健康保険証（受診者及び、同一の保険に加入する家族全員分。写しで可。）

- 同一保険に加入する方の課税証明書（申請日現在でひたちなか市に課税資料がある場合は不要。）

- 個人番号のわかるもの（個人番号カードなど。受診者及び、同一の保険に加入する家族全員分）