

## 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）

障 害 者	フリガナ									年 齢	歳	生 年 月 日		
	受診者氏名											明治 大正 昭和 平成	年 月 日	
	個人番号													
	フリガナ											電 話 番 号		
	受診者住所													
負 担 額 に 関 する 事 項	受診者の医療 保険被保険者 証の記号及び 番号				保険者名 ○をつけ、 ( ) に記入	加賀市国民健康保険・石川県後期高齢者医療広域連合 全国健康保険協会石川支部・( ) 共済組合 ( ) 健康保険組合 その他 ( )								
	受診者と 同一保険の 加入者													
	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	県 第 号								交付年月日	昭和 平成 令和 年 月 日				
障害名									障害等級	種 級				
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														
<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>なお、利用者負担額決定のため、関係機関に対し、私が属する世帯の所得等について、調査されることを承諾します。</p> <p>又、自立支援医療機関に対して、決定された内容につき、報告を行うことに同意します。</p>														
											申請者氏名	印		
令和 年 月 日 加賀市長 宛														

添付書類      ○健康保険証（利用者本人のもの）  
                   ○特定疾病療養受療証の写し