

記入例

第30号様式

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													
障害者	フリガナ	ヨッカイチ タロウ					生年月日						
	受診者氏名	四日市 太郎					性別	男	年齢	70	昭和30年1月1日		
	フリガナ	ヨッカイチスワチョウ					市内在中の方はマイナンバー省略可						
受診者住所	四日市市諏訪町1番5												
個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
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	123456 12					保険者名	全国健康保険協会 ○○支部					
	受診者と同一保険の加入者	四日市 花子					家族で同じ保険に加入している人がいる場合、その方の氏名をご記入ください						
	受診者と同一保険の加入者個人番号 (マイナンバー)	9	8	7	6	5	4	同一保険の加入者が市外在住の場合、その方のマイナンバーをご記入ください。					
	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						
身体障害者手帳番号	三重県 第 ○○○○ 号												
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	(医療機関)					○○病院			三重県○○市△△町□-□				
	(薬局)					○○薬局△支店			支店名までご記入ください。				
受給者番号 ※4													
治療方針の変更※5	有 ・ 無					診断書の添付※5	有 ・ 無						
<p>四日市市長</p> <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 四日市 太郎 四日市※6</p> <p>令和○年○月○日</p> <p>また、本決定に際し、私および世帯を同一にする世帯員の所得、課税、四日市市長が調査することに同意します。</p> <p>申請者氏名 四日市 太郎 四日市※7</p> <p>令和○年○月○日</p>													

※1 該当する医療の種類及び新規・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）のいずれかに○をする。
 ※2 該当する所得区分は、生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上、重度かつ継続のいずれかに○をする。
 ※3 該当する所得区分は、生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上、重度かつ継続のいずれかに○をする。
 ※4 個人番号（マイナンバー）を記入する場合は、個人番号を○にする。
 ※5 治療方針の変更は、有・無のいずれかに○をする。
 ※6 申請者氏名を記入する場合は、氏名を○にする。
 ※7 申請者氏名を記入する場合は、氏名を○にする。

※「健康保険証に関する確認書」を記入された場合は、「負担額に関する事項」の欄は、記入不要です。

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			