

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																
※該当する新規・再認定・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。																
受診者	フリガナ											年齢	生 年 月 日			
	氏 名											歳	年 月 日			
	住 所	〒										電 話 番 号				
個人番号																
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者番号				保険種別										
		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					重度かつ継続											
身体障害者手帳番号					受給者番号											
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医 療 機 関 名				所 在 地 ・ 電 話 番 号											
備 考																
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																
申請者氏名 年 月 日 鳥栖市福祉事務所長 様																

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「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
所得確認方法	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				