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				
	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

屋久島町長 殿

※　「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					