

大津市自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）					
受診者（申請者）	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	氏名	(個人番号)			年 月 日
	フリガナ			電話番号	
	住所	〒 —			
	送付希望住所	〒 — ※受診者（申請者）住所と同じ場合は記載不要です。			
	申請事由	新規申請 ・ 再認定 ・ 病院変更 ・ 薬局変更 ・ その他（ ）			
健康保険の情報	保険証の情報	保険者名	保険者番号	記号	番号
				(枝番)	
	受診者と同一保険の加入者	氏名	氏名		
		(個人番号)	(個人番号)		
	氏名	氏名			
	(個人番号)	(個人番号)			
医療保険の資格情報 ※資格確認書の写し、資格情報のお知らせの写し又はマイナポータルの資格情報画面を印刷したものを添付してください。					
負担額に関する事項	特定疾病療養受療証の有無	有 ・ 無		※「有」の場合は写しを添付してください。	
	非課税年金等の有無	有（82万6千5百円超 ・ 82万6千5百円以下）・無		※障害年金、遺族年金等が対象です。 老齢年金は含みません。 ※「有」の場合は、 令和7年中 の受給額が分かる書類を添付してください。	
	(「有」の場合)年金等の種類	障害年金 ・ 遺族年金 ・ その他の非課税年金・手当等（ ）			
身体障害者手帳番号					
指定自立支援医療機関		名称	所在地・電話番号		
	医療機関等				
	薬局（院外処方のみ記入）				
受給者番号		※再認定又は変更の方のみ記入してください。			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請に当たり、福祉事務所長が当該支給決定に必要な、申請者及び申請者と同じ医療保険に属する世帯員全員の市町村民税課税等の情報を調査することに同意します。 また、支給認定の判定に当たり、滋賀県障害者更生相談所長に身体障害者手帳の交付内容を報告すること、及び、支給決定されたときは、その内容を受診している指定自立支援医療機関へ報告することに同意します。 年 月 日 受診者（申請者）氏名 _____ 大津市福祉事務所長 宛て					