

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

記入例

受診者 (申請者)	フリガナ	シガ ハナコ		年齢	60歳	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	滋賀 花子 (個人番号 123456789012)				
	フリガナ	〒520-8575		電話番号	077-△△△-△△△△	
	住所	大津市御陵町〇-〇				
	送付希望住所	〒520-0044 大津市京町〇-〇-〇 ※受診者（申請者）住所と同じ場合は記載不要		上記住所とは別に受給者証の送付先を希望される場合のみ記入してください。 申請の内容に〇をつけてください		
申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請 ・ <input type="checkbox"/> 再認定 ・ <input type="checkbox"/> 病院変更 ・ <input type="checkbox"/> 薬局変更 ・ その他 ()					
健康保険の 情報	保険者の情報		保険者名	保険者番号	記号	番号
			〇〇組合	135790	123	4567 (枝番 00)
	受診者と同一保険の加入者		氏名	氏名		
		滋賀 一郎 (個人番号 123456789011)	滋賀 太郎 (個人番号 123456789013)		医療を受ける方の保険証の情報を記入してください。 受診者と同じ保険に加入している全ての方の氏名及び個人番号を記入してください。	
※健康保険証の写しを添付してください。 国民健康保険加入者：原則全員分の写し、社保：受診者（申請者）の写し、後期高齢者医療制度加入者：同じ住民登録世帯の後期高齢者医療加入者全員分						
負担額に 関する 事項	特定疾病療養受療証の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		※「有」の場合は写しを添付してください。		
	年金等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (80万円超 ・ 80万円以下) ・ 無		※「有」の場合は金額の分かる書類を添付してください。		
	(「有」の場合)年金等の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 ・ 老齢年金 ・ 遺族年金 ・ その他 ()				
身体障害者手帳番号	大津市第〇〇〇〇号		手帳をすでにお持ちの方は記入してください。			
指定自立支援医療機関	医療機関名		所在地・電話番号			
	〇〇〇〇病院		大津市御陵町〇〇〇 077-000-000〇			
薬局（院外処方のみ記入）	〇〇〇〇薬局		大津市御陵町〇〇〇 077-〇〇〇-〇〇〇〇			
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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

受診者（申請者）氏名

滋賀 花子