

# 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	ヨツカイチ 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	ヨツカイチスワチョウ					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 <b>四日市 太郎</b> 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 <b>四日市 太郎</b> 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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入。
- ※5 変更申請の場合のみ記入のこと。
- ※6 申請者氏名については、署名押印とすること。
- ※7 申請者氏名については、署名押印とすること。同意がない場合は、世帯情報、所得状況等必要書類を添付のこと。

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			

受付印

