

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)

障害者	フリガナ		年齢	生 年 月 日			
	受診者住所	〒			年 月 日		
					電話番号		
個人番号							
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				保険者名	浜松市（国保）・後期高齢（長寿） 全国健康保険協会 静岡支部 その他（ ） 健保組合 共済組合	
	受診者と同一保険の加入者氏名※1				保険の種類	国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ 共済	
	受診者と同一保険の加入者個人番号						
	該当する所得区分	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
身体障害者手帳番号	() ・ 浜松市 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）	医療機関名			所在地・電話番号		チェック	
	病院						
	薬局等						
受給者番号※2							
<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。 なお、この申請に関して必要な税情報や手当の受給状況等について市が調査・確認することに同意します。 また、受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者含）に対し、市が受給者証情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者（受診者）氏名 印 ※3</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（あて先） 浜松市長</p>							
送付先変更希望	無 ・ 有 有の場合 → 宛 名 住 所（〒 — ）						

- ※1 同一保険加入者が複数いる場合は、別紙に記載してください。
- ※2 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※3 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

こちらは再認定の申請前に医療機関で記載してもらう欄です ※受給者ご自身では記載しないでください

<p>【更生医療指定医師記載欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 今回の再認定申請手続きにおいて、上記受給者（ ）様の 年 月 日付け自立支援医療（更生医療）意見書に記載した現症及び治療方針の内容と変更はありません。</p> <p>更生医療指定医療機関名 _____ 更生医療指定医師氏名※4 _____ 印</p>	<p>令和 年 月 日</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

※4 更生医療指定医師氏名は、署名捺印又は記名押印のいずれかとしてください。

ここから下は浜松市が記載する欄です

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	端末税画面 生活保護受給世帯の証明書 その他（ ）		
重度かつ継続確認	医師の意見書 ・ 高額療養費支給（多数該当）証明書 ・ その他（ ）		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
処理日	窓口受付年月日	進達年月日	認定年月日
備考			