

別記様式第23号(第17条関係)

| 自立支援医療費（更正医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） | | | | | | | |
|--|---------------------|---------------------------------|--|-----------------|------------|-----------|---------|
| 障害者・児 | フリガナ | | | | | 性別 男・女 | 生 年 月 日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | 受診者住所 | 〒 - | | | 電話番号 | - - | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | | | | 受診者との関係 | |
| | 保護者氏名 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | |
| | フリガナ 保護者住所 ※1 | 〒 - | | | 電話番号 ※1 | - - | |
| 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 | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |
| 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 | | | |
| | | | | TEL - - | | | |
| | | | | TEL - - | | | |
| | | | | TEL - - | | | |
| 受給者番号 ※2 | | | | | | | |
| <p>上記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※3</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>鶴居村長 大石 正行 殿</p> | | | | | | | |

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 再認定または変更の方のみ記入。
- ※3 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。