様式第１５号及び第１９号

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書( 新規・再認定・再申請・変更 )

令和ꢀꢀ年ꢀꢀ月ꢀꢀ日

(あて先)ꢀ八代市長

申請者氏名

私は、自立支援医療費の認定と審査のために私及び私の世帯員の地方税及び八代市が管理する

健康保険等について、必要な範囲で八代市が公簿等を確認することに同意のうえ申請します。

フリガナ

生年月日

年齢

歳

受診者氏名

ꢀꢀ年ꢀꢀ月ꢀꢀ日

受診者住所

個人番号

電話番号

-

-

受診者の被保険者証

の記号及び番号

保険者名

負

担

額

受診者と同一保険

の加入者

に 受診者と同一保険

関

の加入者個人番号

該当する所得区分

す

る

事

項

重度かつ

継続※2

生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上

該当 ・ 非該当

※

1

年金等ꢀ※4・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当

受診者の収入

※

3

（

）

身体障害者手帳

番号

第

号

ꢀꢀ年ꢀꢀ月ꢀꢀ日交付 (

種

級)

医療機関名

所在地・電話番号

医療機関

住所

住所

住所

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

薬局

者を含む）

訪問看護

受給者番号ꢀ※5

備考

【

・

・

非課税年金受給状況】

受給なしꢀꢀ【ꢀꢀ級】

障害年金ꢀ・ꢀ遺族年金

【申請者本人に関する公務員の職歴】

・無

・有（地方公務員・国家公務員・警察・公立学校・私立学校)

※

※

※

※

※

1ꢀチェックシートを参照し、該当すると思う区分にꢀ○ꢀをする。

2ꢀチェックシートを参照し、該当すると思う区分にꢀ○ꢀをする。

3ꢀ受診者の収入にꢀ○ꢀをする。

4ꢀ障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済基礎年金等のすべての公的年金

5ꢀ再認定または変更の方のみ記入。

