第３２号様式

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定(変更)申請書（新規・再認定・変更）　※1

障害者・児	ﾌﾘｶﾞﾅ			年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名					年　月　日	
	個人番号			電話番号			
	受診者住所						
受診者が18歳未満の場合	ﾌﾘｶﾞﾅ			受診者との関係			
	保護者氏名						
	保護者個人番号			電話番号※2			
	保護者住所※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		保険者名				
	受診者と同一保険の加入者						
	受診者と同一保険の加入者個人番号						
	該当する所得区分※3	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上		重度かつ継続※4	該当　・　非該当		
身体障害者手帳番号	県 市	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				
受給者番号　※5							

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

相模原市長　　あて

※1　該当する医療の種類及び新規・再認定・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　受診者本人と異なる場合に記入。
※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　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5　再認定または変更の方のみ記入。

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		認定年月日		受給者番号	
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
所得確認書類等	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書　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（　　）　【□市民税課確認】				
備　考					