

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							年齢	歳	生 年 月 日	
	受診者氏名									大正 昭和 平成	年 月 日
	個人番号										
	受診者住所							電話番号			
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						
	受診者と同一保険の加入者 ※2	氏 名			受診者との関係	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				受給者番号 ※5							
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						
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 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 豊島区長											

**同意書**  自己負担額決定のため、私及び私の世帯(自立支援医療における世帯)の税務情報を公簿により調査することに同意します。

- ※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 受診者と世帯(住民基本台帳上)が異なる場合は、個人番号を記入する。
- ※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 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。 -----

自治体記入欄

提出書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 給付要否意見書(概略書) <input type="checkbox"/> 見積り明細書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 同意書兼収入申告書 <input type="checkbox"/> 課税(非課税)証明書 (歯科矯正の場合) <input type="checkbox"/> 見積り明細書別紙「そしゃく機能障害者に対する歯科矯正」 (心臓手術の場合) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 診断書						
指定医療機関	<input type="checkbox"/> 該当	次回受診予定日		年 月 日			
手帳交付日/転入日	年 月 日 交付・転入	有効期間開始日		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		
送付方法	障害福祉課封筒・豊島区封筒・窓口(郵送不可)			受付			

本人	均等割額	所得割額	生・低1・低2 中間1・中間2	年少扶養 控除等	住宅借入金等 特別税額控除	寄付金 税額控除	確認印
世帯員			一定以上	有・無	有・無	有・無	

