

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書

申請者	フリガナ			生年月日	
	受診者氏名				
	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				
	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
	世帯の特例について	申請する		申請しない	
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(病院・薬局)名			所在地・電話番号	
上記のとおり関係書類を添えて自立支援医療費の支給を申請します。 また、この申請に関して土幌町が必要とするときは、私の「世帯」・課税・所得状況について確認(照会)されることを了承します。					
令和 年 月 日					
住所 _____					
申請者 _____					
氏名 _____					
土幌町長 様					

----- 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

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	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証 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( )		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			

※ 「世帯」の特例について  
つぎの2つの条件を満たしているときは「世帯」の特例を受けることができます。  
条件1 税法上の扶養控除の対象になっていないこと。  
条件2 医療保険上の被扶養者となっていないこと。