

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

※1 新規・再認定・変更(自己負担上限月額及び指定医療機関に係る変更認定の申請の場合)のいずれかに○をしてください。

受診者	フリガナ											生年月日	年			月	日
	氏名																
	個人番号																
	住所	T	大阪市										区	電話番号	()	-	

負担額に関する事項	保険の種類	健康保険(社会保険等)・国民健康保険・老人保健・後期高齢者医療・生活保護									
	受診者の被保険者証の記号及び番号※2	※2 生活保護受給中の場合は記入不要 記号 番号 保険者名 ※2									
	受診者と同一保険の加入者※2										
	該当する所得区分 ※3	※3 【所得区分に関するチェックシート】を参照し、該当する区分に○をしてください 生活保護・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 重度かつ継続 ※3 該当・非該当									

受診を希望する指定自立支援医療機関 (通院時院外処方の場合は、必ず薬局も記載してください)	指定自立支援医療機関名	所在地・電話番号									
	病院・診療所										
	薬局										

受給者番号 (再認定または変更の方のみ記入)										
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、上記のとおり自立支援医療(更生医療)費の支給認定を申請します。

申 請 者 氏 名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(提出先) _____ 大阪市 _____ 区保健福祉センター所長

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提出者	氏 名	申請者との続柄	☐ 家族 ☐ 医療機関職員
	住 所	☐ その他 ()	電話番号

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

保健福祉センター記入欄

前回所得区分	生活保護・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	生活保護・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	☐ 市民税課税台帳 ☐ 生活保護受給者台帳 ☐ 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(年金証書、振込通知書、手当証書など) ☐ 情報連携により照会(照会する情報:)		

前回の受給者番号		前回の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
今回の受給者番号		今回の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
備考	☐ 身体障がい者手帳同時申請		

別紙、申請結果調書の内容により、
☐ 自立支援医療費(更生医療)の支給を認定します。
☐ 自立支援医療費(更生医療)の支給を却下します。

決裁欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	担当係長	係員
	・ ・					
	決裁年月日					
	・ ・					

公印審査	
取扱責任者	文書主任