様式第１号

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）のいずれかに〇をしてください。

受診者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			
	個人番号			
	住所	〒 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・後期高齢者医療・生活保護		
	受診者の加入医療保険の記号及び番号	記号　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 ※2	※2【所得区分に関するチェックシート】を参照し、該当する区分に〇をしてください		
		生活保護・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続 ※2	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 □その他（　）
	住　所	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