

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・更新・変更） ※1

受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	受診者氏名			
	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			
	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
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（薬局を含む）	医療機関名		所在地	
	病院・診療所			
	薬局			
	訪問看護事業者			
受給者番号 ※2				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>宝塚市長 様</p> <p>令和 年 月 日 申請者氏名</p>				

同意欄

宝塚市長 様

私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入および世帯に関する市民税調査に同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名

※1 新規・更新・再申請・変更のいずれかに○をする。

※2 再認定または変更の方のみ記入。