

給付決定伺 別紙調査書のとおり決定します。	課長	係長	係員	決裁	年 月 日
				起案	年 月 日

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

受診者	(フリガナ) 氏名	()	年齢	歳	生年月日 年 月 日	
	住所	鹿児島市				
	電話番号					
	個人番号					
負担する額に項	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名					
	該当する所得区分※2	生保・非課税1・非課税2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※3	該当・非該当
	年中の収入状 (*非課税1の場合のみ)	_____ 年金 円	_____ 年金 円	その他 (_____) 収入 円		
	世帯範囲の特例 (*受診者が国保の場合のみ)	受診者と同一の世帯に属する配偶者以外の者が、受診者及びその配偶者を税制上扶養控除の対象としている はい・いいえ				
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)	医療機関名			所在地・電話番号		
受給者番号※4						

私は、上記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。

氏名

年 月 日

鹿児島市長殿

※1 新規・再認定・変更（自己負担限度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・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 再認定または変更の方のみ記入。

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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類 ()	標準負担額減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			