

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（医療機関変更）

※1

障がい者	フリガナ							年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名									<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	受診者住所	倉敷市						電話番号						
	個人番号													
負担額に関する事項	受診者の医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 倉敷市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護医療券 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度 <input type="checkbox"/> それ以外の健康保険 * 保険証（本人及び被保険者のもの）（写） * 透析をされている方→特定疾病療養受療証（写）						同一医療保険の加入者						
	保険者名	* 倉敷市国保・後期高齢者医療制度の加入者は省略可。						医療保険の記号・番号						
	該当する所得区分 ※2	生保 ・ 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				
身体障害者手帳番号	申請中 ・ 県・市 第 号													
	変更前医療機関名						変更後医療機関名							
医療機関（名称及び住所）							令和 年 月 日から							
薬局（名称及び住所） * 院外処方の方のみ							令和 年 月 日から							
訪問看護（名称及び住所） * 該当する方のみ							令和 年 月 日から							
私は、上記のとおり、自立支援医療機関の変更を申請します。  申請者氏名 _____ ※4 令和 年 月 日 倉敷市 社会福祉事務所長 宛														

【添付書類】

- ①同意書及び収入申告書
- ②医療保険証の写し（人工透析の方は、『+特定疾病療養受療証の写し』）
- ③指定自立支援医療機関が作成した判定票（添付資料を含む）

【注意事項】

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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 申請者氏名については、自筆による署名とすること。

----- 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

申請受付年月日		進達年月日		受給者番号	
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	個人番号	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（ ）		
備考					