

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

フリガナ		性別	生年月日	年齢
受診者氏名 (申請者)		男・女	明治 昭和 平成 令和 年 月 日	歳
受診者個人番号 (マイナンバー)				
受診者住所 (申請者)	〒 亀岡市 電話 - -			
負担額に関する事項	受診者の属する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・個人番号（※後期高齢者医療被保険者証については、同じ世帯に住んでいる方全員分）	氏名	個人番号（マイナンバー）	
		氏名	個人番号（マイナンバー）	
		氏名	個人番号（マイナンバー）	
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	府・県・市 第 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		
		電話	-	-
		電話	-	-
受給者番号				
亀岡市障害福祉サービス等利用支援事業費	私は、亀岡市と京都府が協調して実施する「障害者福祉サービス等利用支援事業」補助金の適用を、 ・申請します ・申請しません （いずれかに○をしてください。記載のない場合は申請されたものとみなします） なお、この制度を利用するにあたっては、京都府及び亀岡市が私及び私と同一健康保険に加入する上記の者の所得状況、課税状況、生活保護受給状況等の個人情報を確認することに同意します。			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 令和 年 月 日 (宛先) 亀岡市長 申請者 氏名 ⑩				

本人確認欄	個人カード・通知カード 免許証・障手帳・パスポート 保険証・受給者証・年金手帳 その他 ()	代理権及び代理人確認欄	委任状	個人カード・通知カード 免許証・障手帳 保険証・受給者証 その他 ()
-------	--	-------------	-----	---