様式第２２号

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・変更(医療機関、保険)・更新・転入）

受給者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日					
	受給者氏名											
	受給者住所	〒 ー 大阪府吹田市					電話番号	（ ）				
	個人番号											
健康保険証に関する事項	保険の種類（該当に○）	健康保険（社会保険等） ・ 国民健康保険 ・ 生活保護（管轄 ） ・ 後期高齢者医療										
	受給者の属する被保険者証の記号及び番号 ※1		保険者名 ※1									
	受給者と同一保険の他の加入者	氏名	個人番号			氏名	個人番号					
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 ※2	該当 ・ 非該当				
障害年金証書の等級		有 ・ 無 級										
身体障がい者手帳	番号	都・道・府・県 市 区 号										
	交付日	昭和 平成 令和 年 月 日	等級	級								
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			医療機関コード				

吹田市長 あて

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

申請者氏名

申請書を提出した者	氏名		受給者との関係	□受給者本人 □家族 □医療機関職員（ ） □その他 （ ）	住所	電話 （ ）

※1 生活保護受給中の場合は記入不要です。
※2 不明な場合は記入不要です。（申請と認定が異なる場合がありますのでご了承ください。）

---------- ここから下の欄は記入しないでください。 ----------

吹田市記入欄

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	□市民税課税証明書又は台帳	□市民税非課税証明書又は台帳			□標準負担額減額認定証
	□生活保護受給世帯の証明書又は台帳	□その他収入等を証明する書類（ ）			□個人番号
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					