

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						年齢	生 年 月 日	
	氏名						歳	年 月 日	
	フリガナ	個人番号：					電話番号		
	住所								
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	記号		番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号			
		氏名				個人番号			
		氏名				個人番号			
身体障がい者手帳番号							特定疾病受療証※2		
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			
	(病院・診療所)								
	(薬局等)								
受給者番号 ※3									
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。									
年 月 日 申請者氏名									
(申請先) 新座市福祉事務所長									

※1 新規・再認定・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 加入している健康保険組合から発行されるもの。
血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障がい又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障がい、人工透析療法を行う必要のある慢性腎不全、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣が定める者にかかるものに限る。）

※3 再認定又は変更の方のみ記入。