

※1 該当する医療の種類及び新規・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 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 再認定または変更の方のみ記入。
 ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

自治体記入欄						
申請受付年月日	進達年月日			認定年月日		
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	
所得確認方法	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（ ）					
前回の受給者番号				今回の受給者番号		
備 考						