

※1 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 受診者本人と異なる場合に記入をする。
 ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入をする。

-----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			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（ ）					
その他添付書類	診断書（医療・手帳）		意見書	年金証書・同意書	高額療養費（多数該当）		支給証明書	受給者証
前回の受給者番号				今回の受給者番号				
備 考								