

[illegible]

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入してください）		
フリガナ 氏 名		申請者との関係	
住所・電話番号	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる（下記に記入してください） 電話番号 ※2		
備 考			

※1 該当する区分、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○をしてください。
 ※2 平日の昼間にお話ができる電話番号を記入してください。 ※3 受診者と同一保険の加入者が複数いる場合、裏面に記入してください。
 ※4 再認定または変更の方のみ記入してください。
 ※5 申請者氏名については、受診者氏名を記名してください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

本人確認	☐ マイナンバーカード	☐ 健康保険証	☐ 介護保険証	☐ 障害者手帳（身・療・精）
	☐ 運転免許証	☐ 運転経歴証明書	☐ 介護支援専門員証	☐ その他（ ）

負担額に関する事項	受診者と同一保険の加入者	1人目	フリガナ氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日		
					個人番号								
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要							受診者との関係		
			1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要									
			2人目	フリガナ氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日	
						個人番号							
		現住所		受診者と同じ場合は記入不要							受診者との関係		
		1月1日の住所		受診者と同じ場合は記入不要									
		3人目		フリガナ氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日	
						個人番号							
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要							受診者との関係		
			1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要									
			4人目	フリガナ氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日	
						個人番号							
		現住所		受診者と同じ場合は記入不要							受診者との関係		
		1月1日の住所		受診者と同じ場合は記入不要									
		5人目 ※6		フリガナ氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月	日	
						個人番号							
			現住所	受診者と同じ場合は記入不要							受診者との関係		
			1月1日の住所	受診者と同じ場合は記入不要									

※6 6人以上、受診者と同一保険の加入者がいる場合は、申し出て下さい。追加の用紙を御用意します。

----- 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		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	
所得確認書類	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				