

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害児	フリガナ					年齢 歳	生 年 月 日				
	受診者氏名						令和 平成	年 月 日			
	フリガナ					電話番号					
	受診者住所										
受診者個人番号											
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					受診者との関係					
	保護者氏名						電話番号 ※2				
	フリガナ										
保護者住所 ※2											
保護者個人番号											
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名						
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号								
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当				
身体障害者手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号							
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						
受給者番号 ※5											
私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。 申請者氏名 <span style="float:right">印 ※6</span> 年 月 日 胎 内 市 長 殿											

※1 該当する医療の種類及び新規・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。  
 ※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。  
 ※6 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（ ）		
受給者番号	月額自己負担上限額				
備考					