

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）												
※1												
受診者	フリガナ							性別	年齢	生年月日		
	受診者氏名							男・女	歳	昭和 平成 令和 年 月 日		
	個人番号											
	フリガナ											
受診者住所	〒						電話番号					
保護者	フリガナ							受診者との関係				
	保護者氏名											
	個人番号											
	フリガナ											
保護者住所	〒						電話番号		※2			
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											
	受給者と同一保険の加入者個人番号											
	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											
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">可 児 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※6</span></p>												

- ※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 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と。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市役所記入欄

申請受付年月日							遅達年月日			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			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			該当 ・ 非該当			
所得確認書類	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						
備考													