様式1

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		年齢	生年月日
	受診者氏名		歳	平成・令和　年　月　日
	個人番号			
	フリガナ		電話番号	
	受診者住所	〒		
保護者	フリガナ 保護者氏名		受診者との関係	
	個人番号			
	フリガナ		電話番号※2	
	保護者住所※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				

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

可児市長　様

年　月　日

申請者氏名

※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。

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	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	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			