

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・児	ふりがな 氏名					年齢 歳	生年月日 平成 年 月 日 令和 年 月 日			
	住所	〒 —				電話番号				
	個人番号									
受診者が18歳未満の場合	ふりがな 保護者氏名					受診者との関係				
	保護者住所 ※2	〒 —				電話番号 ※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									
	受診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										
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				
受給者番号※5										
備考※6										
<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>申請者氏名 印 ※7</p> <p style="text-align:center">年 月 日</p> <p style="text-align:center">岩出市長 殿</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 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※6 複数の病院・診療所を指定自立支援医療機関として希望する場合は備考欄に理由を記載すること。
- また、自己負担上限額（所得区分、「重度かつ継続」の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更（追加を含む）の場合は、備考欄に変更理由を記載
- ※7 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。（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります）。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

市町村記入欄

申請受付年月日					進達年月日				
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	無関係・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	無関係・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 其他（ ）				
前回の受給者番号					今回の受給者番号				
備考									