

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	歳	生年月日		
	受診者氏名								明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	受診者住所						電話番号				
	個人番号										
保護者	フリガナ						受診者との関係				
	保護者氏名										
	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						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。 申請者氏名 ※6 令和 年 月 日 美 浜 町 長 様								受付印			

- ※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。 -----

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
所得確認方法	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							