

第1号様式

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													
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所												
	個人番号												
受診者が場合18歳未満の	フリガナ							受診者との関係					
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号※2					
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												
	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 印 ※6 年 月 日 （あて先） 津 市 長							市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の申告の有無						
							有 ・ 無						

※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○をしてください。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
※3 別紙案内を参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※4 別紙案内を参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
※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でお願いします。

----- 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	年 月 日			進達年月日	年 月 日			認定年月日	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 市町民税課税証明書 市町民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 市民税等調査同意書による確認 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												