

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

- ※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をお願いします。

----- 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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税課税証明書 市民税等調査同意書による確認	市町村民税非課税証明書	標準負担額減額認定証 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					