

自立支援医療費(育成)支給認定申請書(新規・再認定・変更)

※1

障がい者・児	フリガナ		歳	生 年 月 日
	受診者氏名			年 月 日
	受診者住所		電話番号	
	個人番号			
未満の場合 18歳未満	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氏名			
	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
機関 指定自立支援医療	希望する指定自立支援医療機関	医 療 機 関 名	所 在 地 ・ 電 話 番 号	
	希望する指定薬局			
	希望する訪問看護事業者			
	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 (保護者)				
年 月 日				
由布市福祉事務所長 様				

※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。

----- 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		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		今回の受給者番号	
備考			