

様式第22号（第27条、第30条関係）

医療を受ける方の名前を書きます。

申請日時点の年齢を記入します。

自立支援医療費支給認定（変更）申請書（育成・更生医療）								
障害者・児	フリガナ	ミギハコ	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	年齢	9 歳	生年月日	平成20年8月12日
	受診者氏名	宮城 花子						
	フリガナ	タガシヨウシュウ	電話番号	123-4567		個人番号	11111111111	
受診者住所	多賀城市中央2丁目1-1							
未 満 の 場 合	フリガナ	ミギ太郎	受診者との関係	父				
	保護者氏名	宮城 太郎						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	タガシヨウシュウ	医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入します。					
保護者住所	多賀城市中央							
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	み多 111111	保険者	多賀城市				
	受診者と同一保険の加入者及び個人番号	宮城 太郎 22222222222						
	該当する所得区分 ※1	生保・低1・低2・中間	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。）を記入します。				非該当	
身体障害者手帳番号	宮城県第333333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				
	宮城多賀城病院	宮城多賀城薬局			多賀城市中央2丁目1-2 100-1000 多賀城市中央2丁目1-3 101-1001			
受給者番号 ※3								
<p>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第52条第1項（第56条第1項）の規定により、上記のとおり自立支援医療費の支給認定（支給認定の変更）を申請します。</p> <p>併せて、認定結果情報及び自立支援医療費受給者証記載事項について上記記載の受診を希望する指定自立支援医療機関に情報提供することに同意いたします。（同意しない場合は、二重線で消してください。）</p> <p>申請者 氏名 宮城 太郎 印 ※4 平成30年 1 月 5 日 多賀城市福祉事務所長 殿</p>								

- ※1 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 - ※2 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 - ※3 再認定または変更の方のみ記入。
 - ※4 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。
- 注 変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

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		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					