

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・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。

受診者	フリガナ											年齢	生年月日		
	氏名											歳	年月日		
	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											受診者との関係			
	保護者氏名														
	保護者住所	〒										☐受診者と同じ 電話番号			
	保護者個人番号														
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者番号							保険種別						
		保険者名													
	受診者と同一保険の加入者	氏名								個人番号					
該当する所得区分							重度かつ継続								
身体障害者手帳番号							受給者番号								
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								
備考															
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										年 月 日					
多賀城市福祉事務所長 殿															

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。

※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。

※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。

※ 「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											