

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

| | | | | | | | |
|---|------------------|-----------------------|--|-----------------|-----|-------------|---|
| 児 童 | ふりがな | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| | 氏名 | 個人番号： | | | | | |
| | ふりがな | | | 生 年 月 日 | | | |
| | 住所 | | | 年 月 日 | | | |
| 保 護 者 | ふりがな | | | 児 童 と の 続 柄 | | | |
| | 氏名 | 個人番号： | | | | | |
| | ふりがな | | | 電 話 番 号 2 | | | |
| | 住所 2 | | | | | | |
| 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の氏名 | 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 (交付を受けている場合) | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 美里町長 殿 | | | | | | | |
| 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 | |

- 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。
- 5 再認定または変更の方のみ記入。
- 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とする。
- 7 変更の場合は、必ず自立支援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。 -----

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 生活保護受給世帯の証明書 | | 市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類() | | 標準負担額減額認定証 |
| 前回の受給者番号 | | | 今回の受給者番号 | | |
| 備考 | | | | | |