

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		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名						年 月 日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					電話番号	
	受診者住所						
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						
負担額に関する事項	フリガナ					電話番号 ※2	
	保護者住所 ※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						
	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	第 号					年 月 日 交付	年 月 日 再交付
障害名							
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							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 また、受給資格の確認のため、世帯状況・所得状況等について、各関係機関に調査・照会・閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">㊞ ※6</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">島 本 町 長 様</p>							

- ※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 再認定又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こと。

----- 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						