

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

| | | | | | | | | | | | |
|--|------|-----------------------|-----|------|-----|---------|---------------|--------------|------------|-----|--|
| 本 人 | フリガナ | | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 | | | |
| | 氏 名 | (姓) | (名) | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| 住 所 | フリガナ | | | | | | 電話番号 | () | | | |
| | 住所 | 郵便番号 | - | 区 | 丁目 | 番 番地 | | 号 | 個人番号 | | |
| 保 護 者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 本人との 関 係 | 父・母・その他() | | |
| | 氏 名 | (姓) | (名) | | | | | | 電話番号 ※1 | () | |
| 住 所 ※1 | フリガナ | | | | | | 個人番号 | | | | |
| | 住所 | 〒 | - | 区 | 丁目 | 番 番地 | | 号 | 様方 | | |
| 保護者の被保険者証 の記号及び番号 | | 記号 | | | 番号 | | | 保 険 者 番 号 | | | |
| 保護者と同一保険の 加入者 | | | | | | | | | | | |
| 該当する所得区分 ※2 | | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | | | 重度かつ 継続※3 | 該当・非該当 | | | |
| 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 ※4 | | | | | | | | | | | |
| 私は、障害者総合支援法第53条第1項の規定により上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。 年 月 日 申請者氏名 _____ 区長殿 | | | | | | | | | | | |

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 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 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 再認定の方のみ記入する。

| | |
|---------|---------------|
| 区主管課受付印 | 保健所・保健センター受付印 |
| | |

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

区主管課記入欄

| | | | | | |
|---------|----------------------------|-----------|---------------------------------|------------|------------|
| 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 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 |
| 疾病コード | 補 装 具 | 有 ・ 無 | | 新 規 ・ 継 続 | |
| 前回認定期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 入 院 | 日 | 通 院 | 回 日 |
| 初回交付日 | 年 月 日 | 受 給 者 番 号 | | | |
| 交 付 日 | 年 月 日 | 認 定 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |