

(様式第1号)

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										
障害児	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名									年 月 日
		個人番号								
	受診者住所	〒 ー						電話番号		
保護者	フリガナ							受診者との関係	父・母・祖父・祖母・兄弟・姉妹・その他	
	氏 名	個人番号								
	住 所	〒 ー						電話番号	※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	(保険種別) 社保・国保・生保・その他		記号		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			障害等級					特定疾病療養受療症	有 ・ 無	
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										
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										
年 月 日										
佐々町長 様										

※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。こと。
★ 身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入。

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			
受付年月日	年 月 日	認定年月日	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			

