

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 平戸市福祉事務所長 様														

- ※ 「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 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（										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												