

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 | | | |
| | 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 | | |
| | 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 | | | 三田市長 田村 克也 宛 | | |

- ※ 「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 | | | 標準負担額減額認定証 | | | | | |
| 前回の受給者番号 | 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（ ） | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | 今回の受給者番号 | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | |