

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													
受診者である 児童	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所												
	個人番号												
保護者	フリガナ							受診者との 関係					
	保護者氏名												
	フリガナ							電話番号 ※2					
保護者住所 ※2													
	保護者個人番号												
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												
	受診者と同一保険 の加入者個人番号												
	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 有無	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 年 月 日 (あて先) 松江市長													

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
- ※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。

----- 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	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 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													