

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								
未受 診者 の 場 合 8 合 歳	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				
	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 險 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		つくばみらい市長 殿			

- ※ 「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 市町村民税課非税証明書 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					