

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定〈継続〉・変更）

受診者	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日 平成 令和 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所				電話番号		
	個人番号						
保護者	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所				電話番号		
	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※1	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	
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 ※2							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。</p> <p>申請者氏名 受診者との続柄 令和 年 月 日 高石市福祉事務所長 殿</p>							

※1 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※2 再認定（継続）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
所得確認方法	個人番号 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類（	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				今回の受給者番号	
備考					