

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

障害者・児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所					電話番号							
	受診者個人番号												
受診者が18歳未満の場合	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 ※2					電話番号 ※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	氏名				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						
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 _____ 印 ※9 年 月 日 新発田市社会福祉事務所長 _____ 殿													

※1 該当する医療の種類及び新規・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。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入。
 ※9 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。

育成医療の決定に際し、市町村での判定が困難な場合、新発田保健所長への意見を求めることに同意します。

申請者氏名： _____ 印

----- 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					
前回の有効期限	月額自己負担上限額					
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規					
備考						