

## 自立支援医療費(育成)支給認定申請書(新規・再認定・変更)

※1

障害者・児	フリガナ	シモノセキ ハナコ		年齢	7 歳	生年月日	
	受診者氏名	下関 花子		受診者の名前を書く		〇〇年 〇月 〇日	
	フリガナ	シモノセキシ ナベチヨウ				日中連絡のつきやすいお電話番号を記入してください。	
	受診者住所	下関市南部町1番1号		受診者のマイナンバーを記入			
	個人番号	12345432126		電話番号	083-2△△-◇◇◇◇		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	シモノセキ ハナオ		受診者との関係	父		
	保護者氏名	下関 花男					
	フリガナ						
	保護者住所 ※2						
保護者個人番号	321235432123		電話番号 ※2				
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	123456・78		保険者名	〇〇健康保険組合		
	受診者同一保険の加入者(氏名)	下関 花美	下関 花太	受診者同一の保険に加入している方すべての氏名、マイナンバーを記入。			
	受診者同一保険の加入者(個人番号)	111122223333	444455556666				
	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			精神障害者保健福祉手帳番号				
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				
	〇〇病院 △△薬局						
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 下関 花男							
〇〇年〇月〇日							
被保健者名でご記入ください。							
下関市長 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。

※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 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				