

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・転入）

※1

受診児	フリガナ 受診児氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 平成 年 月 日	
	フリガナ 郵便番号 受診児住所	〒 -			電話番号	- -		
保護者	フリガナ 保護者氏名				受診児との関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2	- -		
負担額に関する事項	受診児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							
	重度かつ継続 ※3		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）	医療の内容	医療機関名			所在地・電話番号			
	病院 診療所							
	薬局							
	訪問看護							
受給者番号 ※4								
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。                  また、支給認定申請に必要な市町村民税の課税情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を確認するため、課税情報及び世帯情報を閲覧することについて、同意します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※5</span></p> <p>三 春 町 長 様</p>								

- ※1 該当する医療の新規・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）・転入のいずれかに○をする。
- ※2 受診児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 再認定または変更の方のみ記入。
- ※5 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		到達年月日		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	町民税課税証明書 町民税非課税証明書		標準負担額減額認定証	同意による確認	
受給者番号	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（ ）				
備考					