

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

受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						年 月 日		
	フリガナ					電話番号			
	受診者住所								
個人番号									
保護者	フリガナ					受診者との関係			
	保護者氏名								
	フリガナ					電話番号 ※2			
	保護者住所 ※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	記号 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 ※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			
	病院								
	薬局 訪問看護								
受給者番号 ※5									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>江南市 社会福祉事務所長</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p>									

- ※1 新規・再認定（期間満了に伴う継続）・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 裏面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 裏面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。 -----

市町村記入欄

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 同意書による確認 市町村民税非課税証明書 年金等収入を証明する書類 生活保護受給世帯の証明書		市町村受付印
前回の受給者番号			
本人確認書類	個人番号カード・免許証・パスポート・障害者手帳・保険証・（ ）		
代理権確認書類	手帳・保険証・委任状・その他（ ）		
備考	確認者 福祉課障害者支援グループ		