

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																		
※該当する新規・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）のいずれかに○をする。																		
受診者	フリガナ											年齢	生 年 月 日					
	氏 名											歳	年 月 日					
	住 所	〒										電 話 番 号						
	個人番号																	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ											受診者との関係						
	保護者氏名																	
	保護者住所	〒										□受診者と同じ					電 話 番 号	
	保護者個人番号																	
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者番号										保険種別						
		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										重度かつ継続		該当 ・ 非該当					
身体障害者手帳番号						受給者番号												
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												
備 考																		
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 年 月 日 佐渡市長 殿																		

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「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	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	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認方法	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				
備 考								