

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	<input type="checkbox"/>										電話番号			
	個人番号														
受 診 者 が 1 8 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	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ										電話番号			
	保護者個人番号														
負 担 額 に 關 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（基局・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		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															