

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生 年 月 日 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所				電話番号	
	個人番号					
	受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名※2				受診者との関係
	フリガナ 保護者住所				電話番号 ※2	
	個人番号					
負担額に関する事項	受診者の被保険者等 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		
受給者番号 ※5						
治療方針の変更 ※6		有 ・ 無				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。また、この申請に関し必要があるときは、私及び私の世帯員の所得状況等につき、市長が税関係当局に報告を求めることに同意します。 申請者氏名(署名) 年 月 日 (宛先) 焼津市長						

- ※1 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○印を付ける。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○印を付ける。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○印を付ける。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入。
 ※6 継続申請の方のみ記入。