

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				受診者との関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※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		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
身体障害者手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号					
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								
<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>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 焼津市長</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
- ※2 受診者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 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。
- ※6 継続申請の方のみ記入。

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	ヤイツ タロウ 焼津 太郎		年齢	〇〇歳	生年月日	〇〇年 △△月 ××日
	フリガナ 受診者住所	ヤイツシホンマチ 焼津市本町〇-△-×		電話番号	054-△△△-〇〇〇〇		
	個人番号						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係	医療を受ける方の個人番号を記入する。		
	フリガナ 保護者住所 ※2			電話番号 ※2	医療を受ける方が加入している保険者名（〇〇組合、焼津市、後期高齢 など）		
	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	100	135790	保険者名	〇〇〇〇組合		
	受診者と同一保険の加入者	焼津 花子		医療を受ける方の同一保険に加入している方全ての氏名と個人番号を記入する。			
	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	静岡県 456789		精神障害者保健福祉手帳番号				
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		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。		所在地・電話番号		
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局	受診を希望し意見書を依頼した医療機関及び希望する薬局を記入する。		静岡市〇〇〇 054-□□□-×××× 焼津市〇〇〇 054-□□□-××××			
受給者番号 ※5	5000						お持ちの受給者証番号を記入する。
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無						
<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>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>焼津市長 殿</p>							

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
- ※2 受診者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 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。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。