

自立支援医療(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(自己限度負担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									
18歳未満の受診者がある場合	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				
身体障害者手帳番号		第 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				
大崎町長 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					