

第2号様式（第3条関係）

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1													
障害者・児	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ								電話番号				
	受診者住所												
	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												
	フリガナ								電話番号 ※2				
	保護者住所※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 ・ 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													
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													

※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。

----- 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
所得確認書類	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					