

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							
受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	受診者住所	〒			電話番号		
保護者	フリガナ					受診者との関係	
	保護者氏名						
	保護者住所 ※2	〒			電話番号 ※2		
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						
	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	※3 重度かつ継続（疾病）	該当 ・ 非該当	※4 重度かつ継続（保険）	該当 ・ 非該当	
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等の名前				所在地・電話番号			
	病院・診療所						
	薬 局						
	訪問看護事業者						
受給者番号 ※5							
<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 style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※6</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">榛東村長 <span style="margin-left: 100px;">あて</span></p>							

- ※1 新規・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 過去1年間に高額医療3回以上該当する方は、該当に○をする。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入。
- ※6 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	認定年月日	負担上限月額	円
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	今回の受給者証の有効期限		
備 考			