

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														
障害児	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	郵便番号()				個人番号								
						電話番号								
保護者	フリガナ					個人番号								
	保護者氏名					受診者との関係								
	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				重度かつ継続 ※4	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					特定疾病療養受療証		有 無				
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。						同 意 書								
申請者氏名 印 ※6						私は、自立支援医療の支給申請にかかる利用者負担額の支給決定にあたり、湖南省の課税台帳等の関係公簿を閲覧することについて同意します。								
年 月 日						年 月 日								
湖南省福祉事務所長 あて						申請者氏名 印								

※1 該当する医療の種類及び新規・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○をしてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※5 再認定または変更の方のみ記入してください。

※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でお願いします。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市役所記入欄

申請受付年月日	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		認定年月日	該当 ・ 非該当 該当 ・ 非該当
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	
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	
世帯の市民税課税状況等	課税(市民税 [所得割])	円	自己負担上限額	円
	非課税(本人収入額)	80万円以下 ・ 80万円を超える		
前回の受給者番号備考		今回の受給者番号		