

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					生年月日	
	受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	平成 令和 年 月 日
	受診者住所	郵便番号（ ）				電話番号	
	個人番号						
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	
	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						
	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。				自立支援医療（育成医療）における利用者負担上限額の決定のため、私および世帯員の課税状況等について、守山市福祉事務所職員が調査を行うことに同意します。			
申請者氏名		印 ※6		申請者氏名		印	
令和 年 月 日				令和 年 月 日			
守山市福祉事務所長 様							

- ※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○をして下さい。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入して下さい。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をして下さい。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をして下さい。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入して下さい。
- ※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をお願いします。

ここから下の欄には記入しないでください。

市町記入欄

申請受付年月日			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					