

自立支援医療費（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。												
受診者	フリガナ							年齢	生年月日			
	氏名											
	住所	〒						電話番号				
個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							年齢	生年月日			
	氏名											
	住所	〒						電話番号				
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					受給者番号							
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・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												

※ 「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してください。

※ 「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してください。

※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入してください。

※ 「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します。

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				重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分				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 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					