

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)							
受 診 者	フリガナ 受診者氏名			年齢	歳	生年月日	
	フリガナ 受診者住所	〒518- 名張市			電話番号		
	個人番号						
受 診 満 者 の が 場 1 合 8 歳 未	フリガナ 保護者氏名				受診者と の関係	父・母・その他()	
	フリガナ 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	名張市 ・ 全国健康保険協会 ・ 健康保険協会 ・ その他()			
	受診者と同一 保険の加入者						
	受給者と同一保 険加入者の個人 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		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(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。				住宅借入等特別控除の有無 有 ・ 無			
名張市社会福祉事務所長様							
年月日							
申請者住所(受診者本人と異なる場合のみ) 〒							
申請者氏名 _____							

- 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 裏面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 裏面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。