

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				年齢	歳	1 生 年 月 日		
	受診者氏名						年 月 日		
	フリガナ				電話番号				
	受診者住所	〒 518 - 名張市							
	個人番号								
受診者が場 合18歳未	フリガナ				受診者との関係	父・母・その他（ ）			
	保護者氏名								
	フリガナ				電話番号2				
	保護者住所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（ ） 支部 共済				
	受診者と同一保険の加入者								
	受診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。  名張市社会福祉事務所長 様					住宅借入等特別控除の有無				
					有 ・ 無				
申請者住所（受診者本人と異なる場合のみ） 〒					年 月 日				
					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。