 障がい者・受診者氏名 受診者氏名 受診者任所 関人番号 フリガナ 保護者氏名 保護者氏名 保護者氏名 (保護者氏名) (保護者氏名) (保護者氏名) (保護者氏名) (保護者氏名) (保護者氏名) (保護者氏名) (保険者名) 	自	立支援医療	費(育成	医療)支	給認	定	申請	書	(新	規	• ‡	手認	定・			交付	-)
がして 受診者氏名	障	フリガナ											, .					月日	
者 - 受診者住所 電話番号 () 個人番号	が	受診者氏名						年的	冷	歳		年	月	日					
	障がいて金等 無 有 (種類:障がい年金 級・その他) 要診を希望する医療の種類及び指定医療機関の変更液定の申請の場合)のいずれかに 単計者氏名 印 第 日 1 無数当する医療の種類及び新規・変更 (自己負担限額及び指定医療機関の変更液定の申請の場合)のいずれかに 数当1 該当する医療の種類及び新規・変更 (自己負担限額及び指定医療機関の変更液定の申請の場合)のいずれかに 数・1 該当する医療の種類及び新規・変更 (自己負担限額及び指定医療機関の変更液定の申請の場合)のいずれかに 数・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液定の申請の場合)のいずれかに 対 は は は は は は は は は は は は は は は は は は	()																
保護者氏名		個人番号																	
満者のが場合 R (受																	F月日 月 ら ・非該 円 子	
のが 素	満者	保護者氏名												の	関係			年月日月)・非該当中 円	
未 個人番号 会診者と同一保験の加入者園人番号 要診者と同一保験の加入者園人番号の加入者園人番号の加入者園人番号の加入者園人番号の加入者園人番号のか※2 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 重度かつ 継続※3 該当・非該当 障がい年金等 無 有 (種類: 障がい年金 級・遺族年金 級・その他) 年中 円 身体障がい者手帳番号 第 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 ※4 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 印 ※5 令和 年 月 日	のが 場 1 合 8	保護者住所												電話	番号		()	
担 者証の記号番号		個人番号																	
下の	担					•			•	仔	R険者:	名			•		※1 生年月日 年 月 () 該当・非該年中 ・電話番号		
************************************	に																	E年月日 月 「) () ()	
事項 該当する所得区分※2 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 重度かつ 継続※3 該当・非該当 障がい年金等 無 有 (種類:障がい年金級・遺族年金級・その他) 年中 円 身体障がい者手帳番号 第 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) 原在地・電話番号 受給者番号 ※4 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 印 ※5 令和 年 月 日	マリガナ																		
身体障がい者手帳番号 第 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 受給者番号 ※4 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 印 ※5 令和 年 月 日	事		生	保・信	氐1 •	低2	• 中間	1	• 中間	튁 2	• 一点	三以	上			ļ	該当・	年月日 1 ・ 中 番号	当
医療機関名 所在地・電話番号 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) (薬局・訪問看護事業 者を含む) 受給者番号 ※4 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 印 ※ 5 令和 年 月 日	障	がい年金等	無	有	(種類	頁:障が	い年金		級•	遺族	年金	級	・そ	の他)	年中		円
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) 受給者番号 ※4 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 印 ※5	身体障	並がい者手帳番号			第	į,	Ę	<u>]</u> .											
指定自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業 者を含む) 受給者番号 ※ 4 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 印 ※ 5						医療	軽関 ク	Ź							所在	地・智	電話番	:号	
(薬局・訪問看護事業者を含む) 受給者番号 ※4 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 印 ※5 令和 年 月 日																			
受給者番号 ※4 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 印 ※5 令和 年 月 日	(薬局	品・訪問看護事業																	
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 印 ※5 令和 年 月 日		1210)																	
申請者氏名 印 ※5	受給	者番号 ※4																	
令和 年 月 日	私に	は、上記のとお	り、É	立支	援医療	要費の]	支給を	申	請し	ます	0								
令和 年 月 日		由請者任夕					F	ĒΠ	※ 5										
			-	,			F	14	<i>∕</i> •\ ∪										
り しゅうしゅう しゅうしゅ しゅうしゅう しゅう		令 和 年				E ===													
	\ 0 / 1 = =	ナルナッ同中の発生	T. ィッカr Li				こ佐石 ヤ マル・	#E> /	压性的	4日日 ホ	***	±	rh ∌± :	7 H V	\ <i>D</i> \\\	E la .2.)-	·	7	

- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。※4 再認定または変更の方のみ記入。※5 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すること。

ここから下の欄には記入しないでください。

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	生保・低1・低2	・中間1・中間	引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	引2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 市町村] 生活保護受給世帯(市町村民税非課税記 也収入等を証明する		頁減額認定証
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考				病院送付・	自宅送付

番号確認	個	浬	仕:	盂	7	マ	自一確認	1	免	パ	障	住B	個	その	つ他	()		
田夕涯的			江	ΗЩ		\r\	为几作的	2	保	年	証	学	住A	医	Е	Z	K	KT	SF	SB	その他	()