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・再交付）

※1

障がい者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	受診者氏名				年　月　日
	受診者住所		電話番号		（　　）
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係		
	保護者氏名				
	保護者住所		電話番号		（　　）
	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番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	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）	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

飯塚市長 殿

※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○をする。
※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	個人番号　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	病院送付・自宅送付				

番号確認	個　通　住　証　コ　ネ	身元確認	①　免　パ　障　住B　個　その他（　　） ②　保　年　証　学　住A　医　E　Z　K　KT　SF　SB　その他（　　）