

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	生 年 月 日		
	氏 名									年 月 日		
	フリガナ							電話番号				
	住 所											
	個人番号											
保護者	フリガナ							受診者との関係				
	氏 名											
	フリガナ							電話番号				
	住 所							※2				
	保護者個人番号											
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号						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	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（交付を受けている場合）												
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												
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">※6</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岩沼市福祉事務所長 殿</p>												

- ※1 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○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入
- ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入
- ※6 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。 -----

市記入欄

申請受付年月日		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書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 同意書による課税等確認 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			