

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 ）※1				
受診者	フリガナ								年齢		歳		生年月日			
	受診者氏名												年 月 日			
	受診者住所		〒 豊後大野市						電話番号							
個人番号																
申請者（保護者）	フリガナ								受診者との関係							
	保護者氏名															
	保護者住所 ※2		〒						電話番号 ※2							
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 ※3				保険者番号 ※3		保険者名 ※3									
	受診者と同一保険の加入者 ※3															
	該当する所得区分 ※4				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																
<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</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">豊後大野市長 様</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 生活保護受給中の場合は記入不要。
- ※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。

----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

市記入欄												
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	受付印			
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 市民税課税台帳 生活保護受給者台帳 市民税課税証明書 市民税非課税証明書 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（年金証書、振込通知書、手当証書）											
前回の受給者番号			前回の有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
今回の受給者番号			今回の有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日