

# 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

障がい児	フリガナ			年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名							年
	フリガナ			電話番号	( )			
	受診者住所	山形市						
個人番号								
受診者が 場合1 8歳未満の 場合	フリガナ			受診者との 関係				
	保護者氏名							
	フリガナ			電話番号 ※2	( )			
	保護者住所 ※2	山形市						
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 ※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		
身体障がい者手帳番号	都道府県市第号			受給者番号※5				
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					

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

(宛先) 山形市福祉事務所長

申請者氏名

年 月 日

※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○をすること。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 別紙チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。

※4 別紙チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。

※5 再認定又は変更の方のみ記入すること。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

山形市記入欄

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 年金証書等の写し その他収入等を証明する書類( ) 所得等確認同意書					
前回の受給者番号		今回の受給者番号				
備考						