

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	月
	フリガナ		電話番号	( )		
	受診者住所	山形市				
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					
	フリガナ		電話番号	( )		
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	都道府縣市 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		
<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>(宛先)山形市福祉事務所長</p> <p>申請者氏名 <span style="float:right">印 ※6</span></p> <p style="text-align:center">年 月 日</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。

※6 申請者の氏名については、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。 -----

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			