

様式第12号(第20条関係)

自立支援医療費(育成・更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1						
受 診 者	フリガナ				生年月日	
	氏名				年月日	
	住所			電話番号		
	個人番号					
保護者 (受診 者が18 歳未満 の場 合は、記 入して ください。)	フリガナ				受診者と の続柄	
	氏名					
	住所 ※2			電話番号 ※2		
	個人番号					
負担額 に 関 する 事 項	受診者の加入 医療保険の 記号及び番号		保険者名		保険者 番号	
	被保険者氏名		受診者 との続柄	住所		
	受診者と同一 保険の加入者	氏名	個人番号	氏名	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 ※3	該当・非該当
身体障害者手帳 ※4	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			
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 _____ 年月日						
(宛先)金沢市長						

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更(自己負担上限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○を付けてください。

※2 受診者と異なる場合に記入してください。

※3 該当する区分に○を付けてください。

※4 身体障害者手帳の交付を受けている場合に記入してください。