

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					電話番号	※2		
	住 所	※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			
		氏 名	個 人 番 号		氏 名	個 人 番 号			
	受診者と同一 保険の加入者								
	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	
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 <div style="text-align: right;">(宛先)金沢市長</div>									

※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。