

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	カナザワ ハルコ			生年月日		
	氏名	金沢 春子			◇◇年 ◇◇月 ◇◇日		
	住所	金沢市広坂1丁目1番1号			電話番号	076-123-4567	
	個人番号	123456789012					
未診者が18歳未満の場合	フリガナ				受診者との続柄		
	保護者氏名				電話番号		
	保護者の住所 ※2				健康保険証の保険者名称および保険者番号を記入してください。		
保護者の個人番号	健康保険証の記号及び番号を記入してください。						
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	123	4567	保険者名	金沢市	保険者番号	170027
	被保険者氏名			受診者との続柄		住所	金沢市広坂1丁目1番1号
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号		氏名	個人番号	
		金沢 一郎	741852963074				
		太郎	963852741096				
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	石川県・金沢市 第 号 種 級						
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			
	〇〇〇病院			金沢市西念〇-〇-〇			
	△△△薬局			金沢市西念△-△-△			
	現在更生医療を受けている医療機関を記入してください。院外処方薬局を利用している場合は薬局についても必ず記入してください。複数申請する必要がある場合は全て記入してください。						
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 金沢 春子							
令和 ◇◇年 ◇◇月 ◇◇日 (宛先) 金沢市社会福祉事務所長							

※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○をしてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思われる区分に○をしてください。

※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。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日			駅西・元町・泉野・本庁	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	市民税課税・非課税証明書 市民税通知書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 税端末 その他収入等を証明する書類 ()										
変更の場合変更日	年 月 日			今回の受給者番号							
非課税収入	有 (80万円超・80万円以下)・無			特定疾病療養受療証	有・無						
確認	番号	個人	通知	住民	端末 ()	代理	法定	戸籍	本人	委任	備考
	本人	個人	免許	手帳	在留	旅券	住基B	保険	介護	年金	