

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

受診者	フリガナ											年齢	生年月日				
	受診者氏名											歳	年	月	日		
	個人番号												電話番号				
	フリガナ																
保護者	受診者住所	〒															
	フリガナ											受診者との関係					
	保護者氏名											電話番号 ※2					
	個人番号												電話番号 ※2				
負担額に関する事項	フリガナ	〒															
	保護者住所 ※2																
	受診者の被保険者証の記号及び番号											保険者名称					
	受診者と同一保険の加入者											保険者番号					
被保険者氏名											受診者との関係			住所			
	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				
身体障害者手帳番号											障害等級						
他の法令による医療受給資格	有り・無し（小児慢性特定疾患医療受診券をお持ちの方は県の窓口へ返納ください。）																
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						
	.....										.....						
	.....										.....						
受給者番号 ※5																	

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  
 なお、利用者負担額決定のため、関係機関に対し私が属する世帯の所得等について調査されることを承諾します。  
 又、自立支援医療機関に対して決定された内容につき報告を行うことに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印 ※6

令和 年 月 日

(あて先) 加賀市長

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

【添付書類】○健康保険証のコピー・・・保護者及び本人のもの  
 ○意見書