

記入例

様式第1号

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

該当するところに
○をつけてください。

受診者	フリガナ	ウツノミヤ サツキ		年齢	生年月日	
	受診者氏名	宇都宮 皐月			○ 歳	平成・令和
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇		電話番号	〇28-632-2399	
	フリガナ	ウツノミヤシタケバヤシマチ				
受診者住所	〒321-0974 宇都宮市旭1-1-1					
申請者（保護者）	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		続柄	父	
	氏名	宇都宮 太郎				
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇				
	フリガナ	住所 ※2		電話番号 ※2		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の保険者番号	09012345		保険者名	宇都宮健康保険組合	
	受診者と同じ健康保険の加入者	宇都宮 太郎 宇都宮 花子 宇都宮 銀杏		受診者の属する	123 4567890	
	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	
	年金・手当の受給	障害年金・遺族年金・なし		特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当・特別児童扶養手当・なし		
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			
	宇都宮市立病院 宇都宮市立薬局		宇都宮市旭1-1-5 宇都宮市旭1-1-6			
受給者番号 ※5	0123456		再認定・変更の方は、現在お持ちの受給者証の受給者番号を記入してください。			
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		宇都宮 太郎		印 ※6		
		令和 〇〇年〇〇月〇〇日		スタンプ印不可		
		(あて先)		宇都宮市長		

- ※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（意見書が必要）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 裏面の「所得に関するチェックシート」を参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 裏面の「「重度かつ継続」の対象範囲」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。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市記入欄

申請受付年月日	進達年月日	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	市町村民税非課税証明書 確定申告書の控 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他（ ）		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
備考			