

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

受診者	フリガナ 受診者氏名			年齢	歳	生年月日 平成・令和 年 月 日	
	個人番号						
	フリガナ 受診者住所	〒		電話番号			
申請者（保護者）	フリガナ 氏名			続柄			
	個人番号						
	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			保険者名			
	受診者と同一保険の加入者			受診者の属する被保険者証の記号及び番号			
	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 ※4	該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号				
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			
受給者番号 ※5							
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※6</p> <p>令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>(あて先) 宇 都 宮 市 長</p>							

- ※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と。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市記入欄

公費負担者番号	16096026	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
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 生活保護受給世帯の証明書	確定申告書の控 課税台帳	標準負担額減額認定証 その他 ()	
前回の受給者番号		今回の受給者番号		
備考				課税額