

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

児 童	ふりがな				性別	男・女	年齢	歳
	氏名							
	ふりがな				生 年 月 日			
保 護 者	氏名				平成・令和 年 月 日			
	住所				児童との続柄			
	ふりがな				電 話 番 号			
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			保険者名				
	受診者と同一保険の加入者の氏名							
	該当する所得区分※2	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		
身体障害者手帳番号 (交付を受けている場合)								
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 ※4								
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">石巻市長 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</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の申請の場合)のいずれかに○をする。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 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 再認定または変更の方のみ記入。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

石巻市記入欄

申請受付年月日		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	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類 ()		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備 考			