

別記様式第1号(第2条関係)

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
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年
	フリガナ						電話番号
	受診者住所	〒					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係
	保護者氏名						
	フリガナ						電話番号 ※2
	保護者住所 ※2						
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						
	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・電話番号			
受給者番号 ※5							
治療方針の変更	有・無		診断書の添付		有・無		
<p>私は、関係書類を添えて、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。 なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、那珂川町が世帯員の課税台帳等を確認することに同意します。</p> <p>申請者氏名 印 ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 那珂川町長 様</p>							

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 受診者本人と異なる場合に記入。
 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 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。

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		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					