

別記

第1号様式 (第3条)

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						年齢	生 年 月 日				
	氏 名						歳	年 月 日				
	住 所	〒					電話番号 () -					
	個人番号											
保護者	フリガナ						受診者との関係					
	氏 名											
	住 所 (受診者と異なる場合記入)	〒					電話番号 () -					
	個人番号											
負担額に関する事項	受診者の健康保険証の記号及び番号						保険者名					
	受診者と同一保険の加入者											
	受信者と同一保険の加入者個人番号											
	該当する所得区分	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		
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 (再認定・変更のみ記入)						身体障害者手帳番号 (お持ちの方のみ記入)						
<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。また、自立支援医療費の自己負担金の算定に必要な私の世帯の市民税額の課税状況を公簿等で確認することについて承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 (自署若しくは記名押印)</p> <p style="text-align: center;">受診者との続柄</p> <p style="text-align: center;">住 所 (受診者と異なる場合記入)</p> <p style="text-align: center;">(あて先) 香取市長</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の申請の場合) のいずれかに○をする。
 ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

受給者番号		自己負担上限額			円		
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	保険種別	社保・国保		
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	保険種別	社保・国保		
市町村民税	均等割額	円		収入等の状況 ※	所 得 円		
	所得割額	円			年金・手当 円		
所得確認書類	個人番号 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 ()				