

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・再申請・変更）

令和 年 月 日

（あて先） 八代市長

申請者氏名

自立支援医療費の認定と審査のために、私及び私の世帯員の地方税及び八代市が管理する健康保険等について、必要な範囲で八代市が公簿等を確認することに同意のうえ申請します。

フリガナ 受診者氏名			年齢	歳	生年月日 年 月 日
受診者住所				電話番号	()
個人番号					
フリガナ 保護者氏名			受診者との関係		
保護者住所 ※1				電話番号 ※1	()
個人番号					
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				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	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
	保護者の収入 ※4	年金等 ※5・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当 ()			
身体障害者手帳番号	第 号 年 月 日交付 (種 級)				
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		
	医療機関	住所			
	薬局	住所			
	訪問看護	住所			
受給者番号 ※6		備考			

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※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 保護者の収入に ○ をする。
- ※5 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済基礎年金等のすべての公的年金
- ※6 再認定または変更の方のみ記入。