

別紙様式1

自立支援医療費(育成)支給認定申請書(新規・再認定・変更)

令和 年 月 日

稲沢市社会福祉事務所長

申請者氏名  
(保護者氏名)

次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	氏名						年月日	
	フリガナ					電話番号		
	住所	〒 -						
フリガナ					受診者との関係			
保護者の氏名								
フリガナ					保護者の電話番号			
保護者の住所	〒 -							
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				保険者番号			
	受診者と同一保険の加入者の氏名							
	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	
診療予定年月日	年 月 日から		年 月 日まで					
身体障害者手帳番号	(障害等級 級)			特定疾病療養受療証	有・無			
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								
添付書類	1 自立支援医療(育成医療)意見書 2 受診者と同一保険に加入しているすべての者が確認できる被保険者証の写し 3 所得区分を証明する関係書類							
※ 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( )							