

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1

受給者	フリガナ 受診者氏名		男・女	歳	生 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所			電話番号		
	個人番号					
保護者	フリガナ 保護者氏名			受診者との 関係		
	フリガナ 保護者住所			電話番号		
	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	※保険証の写しを添付		
	受診者と同一保険の加 入者	(続柄)		(続柄)		
		(個人番号)		(個人番号)		
		(続柄)		(続柄)		
		(個人番号)		(個人番号)		
	障害年金・遺族年金受 給の有無①	無・有 [ 障害年金・遺族年金 ( ) 級 ]				
	特別児童扶養手当等受 給の有無②	無・有 [ 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 ]				
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	
世帯の所得の確認 (希望する方に○)	証明書等を添付します。		職権での調査に同意します。			
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			
			(病院)			
			(薬局)			
身体障害者手帳番号			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;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">鳥栖市福祉事務所長 様</p>						

※1 該当する医療の種類 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合、障害者欄及び変更のある事項のみ記入

※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 再認定又は変更の方のみ記入