

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

受診者	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日	
	フリガナ 住所	郵便番号 区 丁目 番地 号				電話番号		()		
保護者	フリガナ 氏名	(氏)	(名)	生年月日	年 月 日	受診者との関係	父・母・その他()			
	フリガナ 住所 ※1	〒 -				電話番号 ※1		()		
保護者の健康保険被保険者記号番号		記号	番号		保険者番号					
保護者と同一保険の加入者										
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			
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 ※4										
<p>私は、障害者総合支援法第53条第1項の規定により上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">文京区長殿</p>										

- ※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 再認定の方のみ記入する。

区主管課受付印	保健所・保健センター受付印

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

区主管課記入欄

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	区市町村民税課税証明書		区市町村民税非課税証明書	標準負担額減額認定証	
疾病コード		補装具	有・無	新規・継続	
前回認定期間	年 月 日	～	年 月 日	入院	日 通院 回 日
初回交付日	年 月 日	受給者番号			
交付日	年 月 日	認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		