

様式第17号（第19条、第21条関係）

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 氏名							生年月日 年 月 日					
	住所	〒				電話							
	個人番号												
保護者	フリガナ 氏名							受診者 との関係					
	住所 ※2	〒				電話							
	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 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ 継続※4		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				
受給者番号※5													
<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>また、支給認定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について、各関係機関に照会し、調査し、及び閲覧することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">庄内町長 富 樫 透 宛</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>													

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担上限月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。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3・4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証 ）
世帯確認書類	被保険者証等	住民票	その他（