

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

児童	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														
個人番号															
保護者	フリガナ		児童との続柄												
	氏名														
	フリガナ		電話番号												
	住所														
個人番号															
負担額に関する事項	児童の被保険者証の記号及び番号		保険者名												
	児童と同一保険の加入者														
	児童と同一保険の加入者個人番号														
	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	・
身体障害者手帳番号															
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 ※2															
<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;">〒</p> <p>申請者住所 申請者電話番号</p> <p>申請者氏名 印 児童との続柄</p> <p style="text-align: center;">※3</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>（宛先）松阪市福祉事務所長</p>															
<p>私は、自立支援医療費（育成医療）の適正な助成のため、氏名、生年月日、受給者番号、自己負担上限額、申請年月日もしくは変更（追加）年月日を上記受診を希望する指定自立支援医療機関に情報提供することに同意します。 ※4</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 印</p>															

- ※1 新規・再認定・変更（自己負担限度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○をしてください。
- ※2 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※3 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- ※4 この同意は負担上限額を超えて負担しないためなど適正に助成を執行するための情報提供です。保護者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

松阪市記入欄

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	
所得確認方法	個人番号		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（ ）													
前回の受給者番号						今回の受給者番号										
旧市町村民税所得割額確認																
備考																