

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・他市町村からの転入・再発行（理由： ）〕 ※1										
障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名						年	月	日	
	フリガナ		電話番号							
	受診者住所	糟屋郡粕屋町								
個人番号										
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					受診者との関係				
	保護者氏名									
	フリガナ					電話番号 ※2				
	保護者住所 ※2									
保護者個人番号										
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 ※5	該当 ・ 非該当			
	障害年金等 ※4	無		有（種類： ）						
身体障害者・精神障害者保健福祉手帳番号				手帳の有効期限			手帳の等級			
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）種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。	種別	医療機関名			所在地・電話番号			変更の時		
								追加・削除		
								追加・削除		
								追加・削除		
								追加・削除		
受給者番号 ※6				既存の受給者証の有効期限 ※6						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 印 ※7 年 月 日 粕屋町長 殿										

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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）・他市町村からの転入・再発行（理由を記載すること）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 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 ※3で低1・低2に該当する場合のみ記入。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。）
- ※5 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※6 再認定・変更・他市町村からの転入・再発行の方のみ記入。
- ※7 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する。

 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		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		
備考					