

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

障がい者・児	フリガナ	個人番号		性別	年齢	生年月日
	受診者氏名			男・女	歳	年 月 日
	フリガナ			電話番号		
受診者住所	〒444- 岡崎市					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	個人番号		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					
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					
	個人番号					
	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	
身体障がい者手帳番号	市 県 第 号			手帳交付日	年 月 日	
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 ※5						
<p>(宛先)岡崎市長</p> <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;">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○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 別紙の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 別紙の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

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	市担当者確認欄	番号確認	
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		確認	個人番号カード 通知カード 住民票
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書			未確認	公簿	
	標準負担額減額認定証 収入申告書 生活保護受給世帯の証明書				本人確認	
前回の受給者番号	その他の収入等を証明する書類 ()			確認	1点	運免 在留 パスポート 他 ()
				未確認	2点	保険証 年手 他 ()
備考	今回の受給者番号					診察券 預金通帳 他 ()