

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	医療を受ける者の名前です。 フリガナ オカザキ タロウ	個人番号	性別	年齢	生年月日
	受診者氏名 岡崎 太郎	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	（男）・女	〇〇歳	令和〇〇年 △△月 ××日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ オカザキ シ〇〇チヨ△△チヨ××バツ	〇〇アパート101	電話番号	0564-23-□□□□	
	受診者住所 〒444-〇〇〇〇 岡崎市〇〇町△△丁目××番地	〇〇アパート101			
負担額に関する事項	フリガナ オカザキ イチロウ	個人番号	受診者との関係		
	保護者氏名 岡崎 一郎	××××××××××××××	父		
負担額に関する事項	フリガナ 医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入。	電話番号 ※2			
	受診者の被保険者証の記号及び番号 135790	保険者名 〇〇〇〇組合			
	受診者と同一保険の加入者 岡崎 一郎	国保：同じ国保に加入している方全員分 社保：被保険者を記入。			
	個人番号 ××××××××××××××	別紙チェックシートを参考に記入。	別紙チェックシートを参考に記入。		
	受診者と同一保険の加入者 個人番号	別紙チェックシートを参考に記入。	別紙チェックシートを参考に記入。		
該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間 ・ 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	岡崎市 第 12345678 号	手帳交付日	令和〇年 1月 1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			
	〇〇〇〇病院 〇〇〇〇病院 □□□□薬局 □□□□薬局	複数申請するのであれば、全て記入する。各病院毎の意見書が必要。 ※変更の場合は、追加・削除の旨を記入。	手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入。	愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-××××× 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-××××× 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-××××× 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-×××××	
受給者番号 ※5	1234567				
(宛先)岡崎市長 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 令和〇〇年 △△月 ××日		既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入。 ※わからない場合は記入不要です。			
		申請者氏名 岡崎 一郎			

- ※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 その他収入等を証明する書類（ ）				本人確認	
前回の受給者番号	今回の受給者番号	確認	1点	運免 在留 パスポート 他（ ）		
備考			未確認	2点	保険証 年手 他（ ） 診察券 預金通帳 他（ ）	