

様式第19号(第11条、第13条関係)

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1														
障害者 ・ 児	フリガナ						年齢	歳	生年月日					
	受診者氏名	㊦							年 月 日					
	個人番号													
	フリガナ						電話番号							
受診者住所														
未 満 の 場 合 18 歳 未 満 の 受 診 者 が 居 る 場 合	フリガナ						受診者 との関係							
	保護者氏名													
	保護者個人番号													
	フリガナ						電話番号 ※2							
保護者住所※2														
関 連 す る 事 項 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	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					
身体障害者手帳番号	福井県第	号	手帳交付日	年	月	日	障害名							
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※3														
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	㊦	※4
												年	月	日
おおい町長 様														

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 再認定または変更の方のみ記入。
 ※4 18歳未満の受診者の場合には、保護者が申請者となること。

----- 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
所得確認書類	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 ()				
前回受給者番号				今回受給者番号	
備考					