

自立支援医療（育成医療・更生医療）費支給認定等申請書

申請区分	育成医療		更生医療	
	新規	更新	再認定	変更

受診者	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
	氏名												
	住所								電話番号				
	特定疾病療養受療証	受給者番号				交付年月日	昭和	平成	年	月	日	・申請中	
	診断名												
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												
	保護者住所								電話番号				
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	記号			番号			保険者名					
	受診者と同一保険の加入者												
	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	第			号	交付年月日	昭和	平成	年	月	日	・申請中	
	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）		名称					所在地・電話番号						
	病院						電話（ ）						
	薬局						電話（ ）						
	訪問看護事業者						電話（ ）						
自立支援医療受給者証	番号							有効期限	年	月	日		
<p>私は、このとおり、自立支援医療費の支給を申請します。          自立支援医療費の支給認定のため、世帯の住民登録資料、課税資料その他必要事項について、確認できる資料を添付します。また、添付しないときは、当該事項について、市職員が各関係機関に対し、調査、照会することを承諾します。</p> <p>小田原市福祉事務所長 様          平成 年 月 日 申請者氏名 印</p>													

備考

- ※1 「申請区分」欄は、該当する医療の種類及び新規・更新・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申請の場合）のいずれかに「○」を付けてください。
- ※2 「保護者住所」欄は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 「該当する所得区分」欄及び「重度かつ継続」欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分に「○」を付けてください。
- ※4 「自立支援医療受給者証」欄は、更新、再認定、変更の場合に記入してください。
- ※5 「申請者氏名」は、記名押印または自筆による署名のいずれかとしてください。

市記入欄

ここから下の欄は、記入しないでください

申請受付年月日	平成	年	月	日	判定依頼年月日	平成	年	月	日		
入院年月日	平成	年	月	日	手術年月日	平成	年	月	日		
障害種別	肢体 視覚 聴覚・平衡 音声・言語・そしゃく			心臓 腎臓 小腸 その他内臓 免疫							
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3	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（ ）							
受給者番号				認定年月日	平成	年	月	日			
備考											