

様式第1号(第6条関係)

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															
障害者・児	フリガナ								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														
	個人番号					—					—				
未 満 の 場 合 18歳未満の受診者	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					—					—				
負担に関する事項	受診者の加入医療保険等の記号及び番号							保険者名							
	受診者と同一保険に加入する者の名前及び個人番号	名前						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		
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 _____ 年 月 日 魚沼市長 様															

※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 受給者番号については、再認定又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

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	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				月額自己負担上限額	