

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（変更認定）申請書（新規・再認定・変更・追加）

②受診者	フリガナ		年齢	生年月日		
	氏名		歳	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	
	住所	千歳市	電話番号	() -		
	個人番号 (マイナンバー)					
③保護者	フリガナ		続柄			
	氏名					
	住所		電話番号	() -		
	個人番号 (マイナンバー)					
負担額に関する事項	④生活保護	1 非該当 2 受給中				
	⑤受診者の加入医療 保険の記号及び番号		⑥保険者名			
	⑦受診者と同一保険 の加入者名及び個人 番号(マイナンバー)		⑧世帯の特例	申請します・申請しません		
	⑨受診者の収入等 (市町村民税が非課税 の場合に記入)	年金（老齢・障害・遺族等）			円	
		特別障害者手当	有・無		円	
		障害児福祉手当	有・無		円	
		経過的福祉手当	有・無		円	
		特別児童扶養手当	有・無	※有りの 場合	1・2 級	円
合計				円		
⑩身体障害者手帳 番号	北海道 第 号 (年 月 日交付)		⑪受給者番号			
⑫受診を希望する 指定自立支援医療 機関	医療機関名		薬局名			
			
			
			
<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>また、自己負担額の決定に際し本人及びその世帯に属する者全員の所得及び市道民税の課税状況について、関係機関に対し調査依頼すること、又は担当職員が課税台帳等を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">千歳市福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: right;">⑭申請者氏名</p>						

----- 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

障害種別	腎臓機能障害・肢体不自由・その他()								
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
備考									