

別記様式第1号(第4条関係)

育成医療費支給認定申請書(新規・再認定・変更)

※1

障 害 児	フリガナ		性別	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名						
	フリガナ		電話番号				
	受診者住所						
個人番号							
保 護 者	フリガナ		受診者との関係				
	氏名						
	フリガナ		電話番号 ※2				
住所※2							
個人番号							
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		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 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ 継続※4	該当・非該当	
身体障害者手帳 番号		精神障害者保健福 祉手帳番号					
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 ※5							
私は、上記のとおり、育成医療費の支給を申請します。							
申請者氏名		印		※6			
年		月		日			
(宛先) えびの市長							

※1 該当する医療の種類及び新規・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 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 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 再認定又は変更の方のみ記入。

※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- 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	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					