

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（新規・変更）申請書

年 月 日

(宛先)

申請者氏名

次のとおり申請します。

受診者	フリガナ					年齢	歳	生年月日	
	氏名							年 月 日	
	居住地	〒				電話			
	個人番号								
保護者(*)	フリガナ					受診者との続柄			
	氏名								
	居住地	〒				電話			
	個人番号								
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号			保険者名称					
	受診者と同一保険の加入者の氏名及び個人番号								
	該当する所得区分 ※1	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ その他				重度かつ継続 ※2		該当・非該当	
身体障害者 手帳番号									
受診を希望する指定 自立支援医療機関 (薬局及び訪問看護 事業者を含む。)	名称	所在地及び連絡先							
		〒 電話							
		〒 電話							
		〒 電話							
		〒 電話							

* 受診者が児童の場合にのみ記入ください。

※1 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

送付先住所 〒 宛名
(現住所と別のところへ申請関係書類を送付する場合に記入してください。)

※ 申請者以外の方が提出をする場合のみ記入してください。		
申請書提出者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	電話	
	申請者との関係	

受付印
