

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1										
受診者	フリガナ					年齢	歳	生年月日		
	氏名							年 月 日		
	居住地	〒				電話番号				
	連絡先	連絡先が上記と違う場合に記入				氏名		電話番号		
	個人番号									
保護者	フリガナ					受診者との続柄				
	氏名									
	居住地	〒				電話番号				
	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の個人番号				
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				高額治療継続者(重度かつ継続)※2		該当 ・ 非該当		
身体障害者手帳番号										
						交付日		年 月 日		
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。）	医療機関名		所在地							
	病院・診療所									
	病院・診療所									
	薬 局									
	訪問看護事業者									
受給者番号※3					有効期限	年 月 日				
<p>上記のとおり、自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">高 砂 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>										

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合は、障害者欄及び変更のある事項のみ記入すること。  
 ※2 裏面「支給認定の流れ」を参照し、該当すると思う区分に○をすること。  
 ※3 再認定、変更の場合に記入すること。

<p>同意書</p> <p>私の属する世帯の課税状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------