

記入例

申請内容に○をつける

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

医療を受ける方の氏名等を記入	フリガナ	リットウ シロウ					年齢	○歳	生年月日				
	受診者氏名	栗東 次郎							平成 令和	○○年△△月□□日			
医療を受ける方のマイナンバー（個人番号）を記入	フリガナ	リットウシアンヨウジ					電話番号	○○○-△△△△-□□□□					
	受診者住所	栗東市安養寺○-△-□											
保護者の氏名等とマイナンバー（個人番号）を記入	フリガナ	リットウ タロウ					受診者との関係	父					
	保護者氏名	栗東 太郎											
医療を受ける方の健康保険証の内容を記入	フリガナ						電話番号 ※2						
	保護者住所 ※2												
医療を受ける方と同じ健康保険に加入している方全員の氏名とマイナンバー（個人番号）を記入	保護者個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	受診者の被保険者証の記号及び番号	○○○○○○○○○○					保険者名	◎◎◎◎健康保険組合					
医療を受ける方と同一健康保険に加入している方全員の氏名とマイナンバー（個人番号）を記入	受診者と同一保険の加入者	栗東 太郎					重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当					
	受診者と同一保険の加入者個人番号	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
医療を受ける病院、薬局について記入	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					特定疾病療養受療証	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>					
	身体障害者手帳番号	滋賀県第○○○○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							
	△△△病院					栗東市安養寺○○-○○-○○ 077-○○○-△△△△							
	□□□□薬局					栗東市安養寺●-●-● 077-□□□-▽▽▽▽							
受給者番号 ※5													
保護者の氏名と申請日付を記入	<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。尚、自己負担額の決定に必要な、私、または対象者の属する世帯にかかる課税状況に関する調査を市が行うことについて承諾します。 また、自立支援医療給付決定のため申請した個人情報、適切な医療費徴収と公費請求のため指定医療機関と滋賀県に市が報告することに同意します。</p> <p>申請者氏名 <u>栗東 太郎</u></p> <p>令和 □年 △△月 ○○日</p> <p>栗東市福祉事務所長</p>												

- ※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 再認定また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						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				
所得確認方法	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											