

自立支援医療費(育成・更生)支給認定(変更認定)申請書

(宛先)久慈市福祉事務所長

次のとおり自立支援医療費の支給認定(変更認定)を申請します。

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	クジ タロウ 久慈 太郎		年齢	●歳		生年月日	●年●月●日	
	個人番号	● ● ● ● ● ● ● ●		● ●	● ● ● ● ● ● ● ●		0194-●●-●●●●●●		
受診者が十八歳未満の場合	フリガナ 受診者住所	クジシ●●チョウ●●●● 久慈市●●町●●●●●●		電話番号					
	フリガナ 保護者氏名	受診者の方が18歳未満の場合はこの欄もご記入ください。		受診者との関係					
負担額に関する事項	個人番号	● ● ● ● ● ● ● ●		電話番号					
	フリガナ 保護者住所	● ● ● ● ● ● ● ●		電話番号					
	受診者の被保険者証の記号及び番号	● ● ● ● ● ● ● ●		保険者名	例)岩手県久慈市 全国健康保険協会●●支部 等				
受診者と同一保険の加入者	● ● ● ● ● ● ● ●		受診者の属する被保険者証の記号及び番号	● ● ● ● ● ● ● ●					
該当する所得区分	同じ保険証の方をすべてご記入ください。		中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当				
身体障害者手帳番号	岩手県第●●●●●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 ●●薬局			久慈市●●●● 0194-●●-●●●●●● 久慈市●●●● 0194-●●-●●●●●●					
受給者番号									

※ 変更の場合は、必ず医療受給者証を添えて申請してください。

福祉事務所記入欄

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
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 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			