様式第22号(第15条、第17条関係)

●年　●月　●日

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	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●		
	フリガナ 受診者住所	クジシ●●チョウ●●● 久慈市●●町●●●●	電話番号	0194-●●-●●●●
受診者が十八歳未満の場合	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	
	個人番号			
	フリガナ 保護者住所		電話番号	
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	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	□市町村民税課税証明書 □市町村民税非課税証明書 □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			