

(表)

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						
受診者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳 生年月日 年 月 日
	フリガナ 受診者住所	〒 (電話番号 - -)				
	個人番号					
保護者	フリガナ 保護者氏名		受診者との続柄			
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒 (電話番号 - -)				
	個人番号					
負担額に関する事項	医療保険の被保険者等記号・番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者の氏名 (受診者との続柄) 及び個人番号	()	()	()	()	()
		個人番号	個人番号	個人番号	個人番号	個人番号
		()	()	()	()	()
	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			重度かつ継続 ※4	該当・非該当
身体障害者手帳番号	—	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・郵便番号・電話番号		
	病院・診療所					
	薬局・訪問看護事業所					
受給者番号 ※5						
<p>上記のとおり、自立支援医療費 (育成医療) の支給を申請します。また、私及び裏面に記載の者は、自立支援医療費 (育成医療) 支給認定 (新規・再認定・変更) 事務を処理するために限り、岐阜市長が住民基本台帳関係情報及び地方税関係情報を取得することに同意します。</p> <p>申請者氏名 _____ 年 月 日</p> <p>(あて先) 岐阜市長</p>						

※1 該当する新規・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○を付けてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 該当すると思う区分に○を付けてください。

※4 該当すると思う区分に○を付けてください。

※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。

----- ここから下の欄には、記入しないでください。 -----

岐阜市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		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	生活保護受給世帯の証明書 標準負担額減額認定証 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					

(裏)

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

備考

- 1 同意する者が自署してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状をとってください。
- 3 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載してください。