

記入見本(例示以外記入不要)

別紙様式第1号

自立支援医療費(育成・更生・精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更)					
障害者・児	フリガナ	イバラキ ハナコ		生年月日	
	受診者氏名	茨木 花子(児童)		年齢	〇〇歳
	受診者住所	茨木市〇〇丁目〇〇番〇〇号		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	個人番号	マイナンバーが分かれば記入ください。不明の場合は記入不要			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	イバラキ タロウ		受診者との関係	父
	保護者氏名	茨木 太郎(保護者)		電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	保護者住所	茨木市〇〇丁目〇〇番〇〇号			
	保護者個人番号	マイナンバーが分かれば記入ください。不明の場合は記入不要			
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	〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名	〇〇健康保険組合	
	受診者と同一保険の加入者	茨木 良子(同一保険の加入者がいれば記入ください。)			
	受診者と同一保険の加入者個人番号	マイナンバーが分かれば記入ください。不明の場合は記入不要			
	該当する所得区分	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
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・電話番号		
	〇〇〇病院 〇〇〇薬局		茨木市〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 茨木市〇〇丁目〇〇番〇〇号 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
受給者番号					
治療方針の変更	有・無		診断書の添付	有・無	
<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。</p> <p>申請者氏名 茨木 太郎(保護者)</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>(申請先) 茨木市福祉事務所長</p>					

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		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			
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規				
備考					