

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											生年月日							
	受診者氏名											年齢	歳	年	月	日			
	フリガナ											電話番号							
	受診者住所																		
保護者	フリガナ											受診者との関係							
	保護者氏名																		
	フリガナ											電話番号 ※2							
	保護者住所 ※2																		
負担額に関する事項	個人番号																		
	受診者の被保険者証の記号及び番号											保険者名							
	受診者と同一保険の加入者 ※7											個人番号							
	(大人のみ個人番号を記入下さい)											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	_____県・_____市・石川県・金沢市第_____号										障害等級			—					
他の法令による医療受給資格	有・無 (小児慢性特定疾患医療受診券をお持ちの方は県の窓口へ返納ください。)																		
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								
受給者番号 ※5																			
治療方針の変更(再認定又は変更の場合記入)	有・無										変更の理由 ※6								
<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>_____年 _____月 _____日 川北町長 あて 申請者氏名</p>																			
本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や市町村民税等の調査をすることについて 同意します ・ 同意しません																			

- ※1 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。 ※5 再認定または変更の方のみ記入。  
 ※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。 ※6 変更申請する場合のみ記入。  
 ※7 今年の1月1日時点で川北町に住民票がないご家庭は、前の住所地の所得税額を証明する書類を添付ください。

----- 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		
所得確認書類	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 同意書 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							