

自立支援医療(育成医療)支給認定申請書

本 人	フリガナ氏名	(姓)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日
	個人番号							年 月 日
	フリガナ住所	〒 ー 港区 丁目 番 号						()
保護者 (被保険者)	フリガナ氏名	(姓)	(名)	生 年 月 日		本人との関係		父・母・その他()
	個人番号							
	フリガナ住所 ※1	〒 ー						電話番号 ※1
保護者の被保険者証の記号及び番号		記 号		番 号		保 險 者 番 号		
保護者と同一保険の加入者								
該当する所得区分 ※2		生保 ・ 低 1 ・ 低 2 ・ 中間 1 ・ 中間 2 ・ 一定以上					重度かつ 継続※3	該当 ・ 非該当
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 ※4								
私は、障害者総合支援法第 53 条第 1 項の規定により上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。								
年 月 日 申請者氏名 _____ ㊞ ※5								
港区長殿								

区 使 用 欄	申 請 者 本 人 確 認	
	1 点	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証・旅券・在留カード・他()
	2 点	保険証・社員証・学生証・カード・他()
	申請者個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票・住基台帳・他()

区 主 管 課 受 付 印	保 健 所 受 付 印

※1 受診者本人と異なる場合に記入。
※2 チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
※3 チェックシートを参照し、該当する区分に○をする。
※4 再認定者のみ記入する。
※5 申請者氏名については記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること