

「障害者・児」の欄には、すべて子どもさんについて記入してください。

記入例

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・他市町村からの転入) ※1

障害者・児	フリガナ	オオムタ ダイ						性別	男	年齢	10歳	生年月日			
	受診者氏名	大牟田 大										平成 15年 10月 1日			
	フリガナ	オオムタシラヌイマチ						電話番号	0944-51-1111						
	受診者住所	(〒836-0843) 大牟田市不知火町1-5-1													
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	オオムタ ハジメ						受診者との関係	父						
	保護者氏名	大牟田 一						電話番号 ※2	子どもさんの健康保険証についてご記入ください。						
	フリガナ	(〒													
	保護者住所 ※2	子どもさんの保護者 (父、母もしくは監護する者) についてご記入ください													
保護者個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3			
負担額に関する事項	受診者の被保険証の記号及び番号	記号	番号	保険者名		福岡支部		国民健康保険・健康保険組合 全国健康保険協会 共済組合							
	受診者と同一保険の加入者	円		陸		空									
	受診者と同一保険の加入者個人番号	345678901234		456789012345		567890123456									
	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 ※5		該当・非該当					
	障害年金等 ※4	無		有 (種類:		障害者手帳をお持ちの方は記載をお願いします。									
身体障害者手帳番号							特定疾病療養受給証の有無	有・無	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				
受給者番号 ※6							既存の受給者証の有効期限 ※6		年 月 日						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。															
大牟田市長 様															
年 月 日 申請者名															

- ※1 該当する新規・再認定・変更 (自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合) ・他市町村からの転入のいずれかに○を付けること。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けること。
- ※4 ※3で低1・低2に該当する場合のみ記入すること。(有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入すること。)
- ※5 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けること。
- ※6 再認定・変更・他市町村からの転入・再発行の場合のみ記入すること。

注) 申請の際は、意見書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

市記入欄

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						
前回の受給者番号							今回の受給者番号				
備考											