

様式第 12 号 (第 18 条、第 20 条関係)

自立支援医療費 (育成・更生) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更)														
フリガナ				年齢				生年月日						
受診者氏名				歳				年月日						
フリガナ				電話番号										
受診者住所														
個人番号														
の場合 受診者が 18歳未満	フリガナ				受診者との 関係									
	保護者氏名													
	フリガナ				電話番号 ※1									
保護者住所 ※1														
個人番号														
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				保険者名									
	受診者と同一保険 の加入者				名前				個人番号					
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														
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 ※2														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。														
年 月 日				申請者氏名										
(宛先) 三条市社会福祉事務所長														

非課税世帯であって、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当を受給している方(該当する種別を○で囲み、金額を記入してください。)

種別	障害年金・遺族年金・手当・その他
金額	

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 再認定又は変更の方のみ記入。

----- 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	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類( )	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					