

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

障がい者・児	医療を受ける者の名前です。 フリガナ 受診者氏名	オカザキ タロウ 岡崎 太郎	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	性別 (男)・女	年齢 〇〇歳	生年月日 令和〇〇年 △△月 ××日
	フリガナ 受診者住所	オカザキシ〇〇町△△丁目××番地 〒444-〇〇〇〇 岡崎市〇〇町△△丁目××番地	〇〇アパート101	電話番号 0564-23-□□□□		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	オカザキ イチロウ 岡崎 一郎	個人番号 ××××××××××××××	個人番号	受診者との関係 父	
	フリガナ 保護者住所 ※2	医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入。		電話番号 ※2		
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	135790	保険者名	〇〇〇〇組合		
	受診者と同一保険の加入者	岡崎 一郎	国保：同じ国保に加入している方全員分 社保：被保険者を記入。			
	個人番号	××××××××××××××				
	受診者と同一保険の加入者			別紙チェックシートを参考に記入。	別紙チェックシートを参考に記入。	
	個人番号					
該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ (中間) ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続 ※4	該当 ・ (非該当)	
身体障がい者手帳番号	岡崎県 第 12345678 号			手帳交付日	令和〇年 1月 1日	
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		
	〇〇〇〇病院 〇〇〇〇病院 □□□□薬局 □□□□薬局	複数申請するのであれば、全て記入する。各病院毎の意見書が必要。 ※変更の場合は、追加・削除の旨を記入。		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入。 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-×××× 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-×××× 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-×××× 愛知県岡崎市〇〇〇〇〇〇〇〇 0564-〇〇-××××		
受給者番号 ※5	1234567					
(宛先)岡崎市長 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 令和〇〇年 △△月 ××日		既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入。 ※わからない場合は記入不要です。				
		申請者氏名			岡崎 一郎	

- ※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 別紙のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 別紙の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。

----- 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

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	市担当者確認欄	番号確認	
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		確認	個人番号カード 通知カード 住民票
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 収入申告書 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 ()			未確認	公簿	
	前回の受給者番号	今回の受給者番号		確認	1点	運免 在留 パスポート 他 ()
備考				未確認	2点	保険証 年手 他 () 診察券 預金通帳 他 ()