

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)

フリガナ		性別	年 月 日 生まれ (歳)	
受診者氏名		男・女		
受診者個人番号 (マイナンバー)				
受診者住所	〒 ー		電話 ー ー	
フリガナ		保護者住所	〒 ー	
保護者氏名	(続柄)		(受診者と同じであれば記入不要です。) 電話 ー ー	
保護者個人番号 (マイナンバー)				
受診者の保険証の記号及び番号		保険者名		
受診者と同一保険の加入者の氏名・個人番号	氏名	個人番号(マイナンバー)		
	氏名	個人番号(マイナンバー)		
	氏名	個人番号(マイナンバー)		
該当する所得区分	A ・B1 ・ B2 ・ B3 ・ C1 ・ C2 ・ C3 ・ 一定以上		重 度 か つ 継 続	該 当 ・ 非 該 当
高額療養費の受給状況	<input type="checkbox"/> 過去12ヶ月の間に高額療養費の支給を受けた月が3ヶ月以上ある (該当する場合は口にチェックをしてください。)			
身体障害者手帳番号	(この申請書にコピーを添付する場合は記入不要です。)			
医療助成制度	こども医療 ・ 重度心身障害児医療 ・ ひとり親家庭医療 (該当するものに○をしてください)			
年金・手当等	特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 特別障害者手当 ・ 障害年金(級)			
受診を希望する指定自立支援医療機関等	名 称		所 在 地	
	医療機関			
	追加の医療機関(該当する追加理由を記載してください)			
	薬局(院外処方せんで利用する場合のみ)			
	訪問看護ステーション			
受給者番号	(再認定または、変更の方のみ記入してください。)			
<p>私は亀岡市と京都府が協調して実施する障害者福祉サービス等利用支援事業費補助金の適用を 申請します・ 申請しません (いずれかに○をしてください。記載のない場合は、申請したものとみなします。)</p> <p>なお、本制度を利用するにあたっては、自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書・添付書類の内容、私及び私と同一健康保険に加入する上記の者の所得状況、課税状況、生活保護受給状況等の個人情報を確認することに同意します。</p>				
<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</p> <p>(宛先) 亀岡市福祉事務所長</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p>				

本人確認欄	個人カード・通知カード 免許証・障害手帳・パスポート・保険証・受給者証 年金手帳・その他()	代理権 及び代理人 確認欄	委任状	個人カード・通知カード 免許証・障害手帳・保険証・受給者証 その他()
-------	---	---------------------	-----	--