

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）													
※該当する新規・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。													
受診者	フリガナ							年齢	生年月日				
	氏名							歳					
	住所	〒						電話番号					
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係					
	保護者氏名												
	保護者住所	〒						電話番号					
	保護者個人番号												
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号および番号					保険者番号				保険種別			
						保険者名							
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号							
該当する所得区分							重度かつ継続						
身体障害者手帳番号						受給者番号							
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								
備考													
小樽市長様 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日													

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「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。

----- 自治体記入欄 ----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

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