

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) ※1						
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	コオリヤマ ガクト 郡山 がくと		年齢	36歳	生年月日 S60.12.15
	フリガナ 受診者住所	コオリヤマシアサヒ 郡山市朝日一丁目〇〇-〇		電話番号	024-924-2381	
	個人番号	1234-5678-9101				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所 ※2			電話番号 ※2		
	保護者個人番号					
負担額に関する事項	受診者の被保険者 記号・番号	島-3 〇〇〇〇 または 19-〇〇〇〇 など	保険者名	郡山市 または 〇〇健康保険協会 など		
	受診者と同一保険 の加入者					
	受診者と同一保険 の加入者個人番号					
	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 ※4	該当・非該当	
身体障害者手帳 番号	123456		精神障害者保健 福祉手帳番号			
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		
	① 〇〇 病院			①郡山市〇〇町・・・		
② 〇〇 薬局			②郡山市〇〇町・・・			
受給者番号 ※5						
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		郡山 がくと		←申請者氏名は自署又は記名押印してください。		
令和 〇年 〇月 〇日						
郡山市福祉事務所長						

※1 該当する医療の種類及び新規・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 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 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。
 ※6 申請者氏名は、自署又は記名押印してください。
 ----- 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

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 市町村民税非課税証明書 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()	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		

利用者負担額の認定のため、郡山市福祉事務所長が当該申請者の属する世帯の構成員に係る住民基本台帳、個人番号の取得、課税状況及び生活保護受給状況について公簿等によって確認することに同意します。

※氏名は、自署又は記名押印してください。

世帯員氏名 郡山 花子 本人との続柄 (妻)

個人番号：○○○○○○○○○○○○○○

世帯員氏名 郡山 太郎 本人との続柄 (子)

個人番号：○○○○○○○○○○○○○○

世帯員氏名 _____ 本人との続柄 ()

個人番号：

世帯員氏名 _____ 本人との続柄 ()

個人番号：

世帯員氏名 _____ 本人との続柄 ()

個人番号：