別紙様式第１号

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

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
	個人番号						
受診者が１８歳未満の場合	フリガナ 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	受診者の被保険者証の記号及び番号			保険者名			
	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				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	
受給者番号　※５							
治療方針の変更　※６		有　・　無		診断書の添付 ※６、※７		有　・　無	

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
なお、自立支援医療費の支給決定のため、私（受診者）の世帯の住民登録資料、税務情報その他（個人番号含む）その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

東松島市長　　様

年　　月　　日

申請者　住所

氏名

※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）のいずれかに〇をする。
※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〇をする。
※４　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
※５　再認定または変更の方のみ記入。
※６　継続申請（診断書の提出が２年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）
※７　前年度（１年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に〇をする。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

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		
診断書の提出	医療用（１年目）　・　医療用（２年目）　・　手帳用（１年目）　・　手帳用（２年目）　・　手帳で新規				
備　考					