

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・他県からの転入・再発行（理由： ）] ※1

障害者・児	フリガナ			年齢	歳	生年月日
	受診者氏名					年 月 日
	受診者住所			電話番号	()	
	個人番号					
受給者が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	()	
	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※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※3	該当・非該当
障害年金等		無	有	(種類：)		
身体障害者手帳番号		第 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 ※4						
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 令和 年 月 日 宗像市福祉事務所長 様						

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※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 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

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	個人番号 市町村住民課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額認定証 生活保護受給世帯の証明書 同意書に基づく税部局等調査 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					