

様式第 29 号の 2(第 18 条関係)

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				
受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所			
	個人番号			
保護者	氏名		受診者との関係	
	住所 *2		電話番号	
	個人番号			
関する負担額に 負担額に	受診者の被保険者 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			
身体障害者手帳番号		受給者番号 *3		
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		
	(病院・診療所)			
	(薬局等)			
治療方針の変更 *3	有 ・ 無			
<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 style="text-align: right;">申請者氏名 (保護者)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>久喜市福祉事務所長 あて</p>				

\*1 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 受診者と異なる場合に記入

\*3 再認定又は変更の場合のみ記入

ここから下の欄は、記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日		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 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( )		
前回の受診者番号		今回の受診者番号	
備考			