

自立支援医療費支給認定申請書 (新規・再認定・変更) ※1

(育成医療)

令和2年7月1日

春日部市福祉事務所長 あて

申請(保護)者 住所 春日部市中央6-2

氏名 春日部 太郎

電話番号 048 (736) 1111

印

下記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。

受診者	フリガナ	カスカベ ハルカ		生年月日	H・R 23年4月5日							
	氏名	春日部 遥			(満9歳)							
	住所	〒344-0067 春日部市 中央6-2										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
保護者	フリガナ	カスカベ タロウ		続柄	父							
	氏名	春日部 太郎										
	住所	〒 同上										
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
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	54321 333		保険者名	全国健康保険協会 埼玉支部							
	受診者と同一保険の加入者	別紙、自立支援医療(育成医療)「世帯」調書のとおり										
	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・中国・低1・低2 中間1		一定以上		重度かつ継続 ※2	該当・非該当					
身体障害者手帳番号	都道府県(市)第 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・訪問看護事業者等を含む。)	医療機関の名称		所在地・電話番号									
	(病院・診療所) 埼玉県立小児医療センター		さいたま市中央区新都心1-2		048-601-2200							
	(薬局等) △△△薬局		春日部市中央6-2		048-736-1111							
	(訪問看護事業者)											
治療方針の変更 ※4	有・無		院外処方がある場合に記入									
同意書												
決定にあたり、必要となる申請者の身体状況、世帯構成、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に照会し確認することに同意します。												
保護者氏名 春日部 太郎						印						

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をすること。

※2 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。

※3 再認定又は変更の方のみ記入すること。 ※4 変更の方のみ該当する区分に○をすること。