

様式第32号その1（第26条関係）

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・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○をします。

受診者	フリガナ					年齢	生年月日		
	氏名					歳	H・R年月日		
	住所	〒春日部市					電話番号		
	個人番号								
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					受診者との関係			
	保護者氏名					父・母・その他（）			
	保護者住所	〒春日部市				□受診者と同じ	電話番号		
	保護者個人番号					□受診者と同じ			
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号			保険者番号			保険種別	社保・国保	
				保険者名					
	受診者と同一保険の加入者	氏名		個人番号					
該当する所得区分	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				
身体障害者手帳番号			受給者番号						
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					
備考									
<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。 また、決定にあたり、必要となる受診者の身体状況、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。</p>									
申請者氏名				令和年月日					
春日部市福祉事務所長 あて									

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」は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
- ※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入すること
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入すること
- ※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること

-----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		
備考					

様式第32号その1（第26条関係）

記入例

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・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。

受診者	フリガナ	カスカベ ハルカ										年齢	生年月日					
	氏名	春日部 遥										9歳	(H) R 28年 4月 5日					
	住所	〒344-0067 春日部市 中央7-2-3										電話番号						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	カスカベ タロウ										受診者との関係						
	保護者氏名	春日部 太郎										(父)・母・その他()						
	保護者住所	〒										受診者と同じ	電話番号					
	保護者個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3					
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	614 123456789				保険者番号	110148			保険種別	社保・国保							
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号												
		春日部 太郎				2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	
		春日部 花子				2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	0	9	8
		春日部 光				6	5	4	3	2	1	0	9	8	7			
		春日部 遥				3	4	5	6	7	8	9	0	1				
該当する所得区分	生保	・	低1	かつ	該当・非該当													
身体障害者手帳番号	別紙負担額に関するチェックシートをご確認いただき、該当すると思われる区分に○を付けてください																	
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)	所在地・電話番号																	
医療機関	春日部医療センター 〒344-0067 048-736-1111																	
春日部調剤薬局	春日部市中央7-2-2 048-736-2222																	
備考	院外処方がある場合に記入してください																	

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」は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
※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入すること
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入すること
※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること

----- 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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 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			