

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		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	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ		電 話 番 号					
			<input type="checkbox"/> 受診者と同じ							
	保護者 個人番号									
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										
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。										
申請者氏名 <span style="float:right;">令和 年 月 日</span> <div>春日部市福祉事務所長 あて</div>										

- 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
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
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				

## 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					
												048-736-3333					
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	〒										電 話 番 号					
		☑受診者と同じ										☑受診者と同じ					
負担額に関する事項	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2				
	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										234567890123					
		春日部 花子										097654321098					
		春日部 光										6543210987					
		春日部 遥										3456789012					
該当する所得区分	生保・低1・中間1・中間2										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		該当・非該当				
身体障害者手帳番号											医療機関		所在地・電話番号				
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）	春日部医療センター										春日部市中央7-2-1 048-736-1111						
	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																
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。 申請者氏名 春日部 太郎 令和 7年 8月 8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						
前回の受給者番号	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( )						
備 考	前回の受給者番号		今回の受給者番号				