

# 自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

フリガナ			性別	生年月日				
受診者氏名			男・女	令和 年 月 日 生まれ				
個人番号				平成 (歳)				
受診者住所						電話	— —	
フリガナ			保 護 者 所	〒 —				
保護者氏名	(続柄)						電話	— —
個人番号							(受診者と同じであれば記入不要です。)	
受診者との健保記号及び番号※			保険者名※					
受診者との同一保険の加入者氏名※			個人番号					
			個人番号					
			個人番号					
※資格確認書または資格情報のお知らせの写し等を添付する場合は記入不要です。								
高額療養費の受給状況	<input type="checkbox"/> 過去12ヶ月の間に高額療養費の支給を受けた月が3ヶ月以上ある(該当する場合□をしてください)							
身体障害者手帳番号	(この申請書にコピーを添付する場合は記入不要です。)							
医療助成制度	子育て支援医療・重度心身障害児医療・母子家庭医療(該当するものに○をしてください)							
年金・手当等	特別児童扶養手当・障害児福祉手当・特別障害者手当・障害年金(級)							
受診を希望する指定自立支援医療機関等	名 称			所 在 地				
	医療機関							
	薬局(院外処方せんで利用する場合のみ)							
	訪問看護ステーション							
追加の医療機関(やむを得ない事情がある場合に限る)	追加の医療機関							
	追加申請理由(該当する追加理由に□をしてください) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他( )							
	追加・変更年月日 年 月 日							
受給者番号	(再認定または変更の方のみ記入してください)							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給(新規・再認定・変更(治療方針の変更・負担上限額の変更等))を申請します。 ↑↑↑(いずれかに○をしてください。)								
私は、八幡市と京都府が協調して実施する障害者福祉サービス等利用支援事業費補助金の適用を申請します・申請しません(←いずれかに○をしてください。記載のない場合は、申請したものとみなします。)								
この制度を利用するにあたり、京都府または八幡市が私の自立支援医療についての個人情報を確認することに同意します。								
年 月 日								
八幡市福祉事務所長様								
申請者氏名								