

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

フリガナ 受診者氏名		性別 男・女	年　月　日生まれ（　歳）
個人番号			
受診者住所			
フリガナ 保護者氏名		性別 男・女	年　月　日生まれ（　歳）
個人番号			
受診者の保険証の記号及び番 号	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)	保険者名	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)
受診者と同一 保険の加入者 の氏名	(この欄は、保険証のコピー（加入者全員の氏名を確認できるようコピーしたもの）を添付する場合は記入不要です。)	個人番号	
		個人番号	
高額療養費の受給状況	☐ 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（該当する場合は□にチェックをしてください。）		
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 年金・手当等	子育て支援医療 ・ 重度心身障害児医療 ・ 母子家庭医療 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） (該当するものに○をしてください)		
受診を希望する 指定自立支援 医療機関等	医 療 機 関	所 在 地	
	追加の医療機関（該当する追加理由を記載してください）		
	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		
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・負担上限額の変更など)）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。)			
なお、本制度適用のため、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書及び添付書類の内容について、京都府及び八幡市が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			

----- ・ ここから下には、記入しないでください。 -----

(市町村記入欄)

申請受付年月日		認定 年月日			
前 回 所 得 区 分	A ・ B 1 ・ B 2 ・ B 3 ・ C 1 ・ C 2 ・ C 3 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今 回 所 得 区 分	A ・ B 1 ・ B 2 ・ B 3 ・ C 1 ・ C 2 ・ C 3 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所 得 確 認	課税証明書 非課税証明書 標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯証明書添付 その他()				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考	セーフティネット上限負担金額			円	