第１号様式(第４関係)

# 育成医療費支給認定申請書（新規・再認定・変更・転入）

※1

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受診児 | フリガナ<br>受診児氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日<br>平成　年　月　日 |
| | フリガナ<br>郵便番号<br>受診児住所 | 〒　－ | | | | 電話番号 | |
| 保護者 | フリガナ<br>保護者氏名 | | | | | 受診児との関係 | |
| | フリガナ<br>保護者住所<br>※2 | | | | | 電話番号<br>※2 | |
| 負担額に関する事項 | 受診児の被保険者証の記号及び番号 | | | 保険者名 | | | |
| | 受診児と同一保険の加入者 | | | | | | |
| | 重度かつ継続 ※3 | 該当　・　非該当 | | | | | |
| 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 | | | |
| | | | | | | | |
| 受給者番号　※4 | | | | | | | |

私は、上記のとおり、自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。

申請者氏名　　印　※5

平成　　年　　月　　日

棚倉町長

※1　該当する医療の新規・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）・転入のいずれかに○をする。
※2　受診児本人と異なる場合に記入。
※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※4　再認定または変更の方のみ記入。
※5　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 |
| 所得確認書類 | 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<br>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（　　） | | | | |
| 受給者番号 | | | | | |
| 備　考 | | | | | |