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 受診児氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日
	フリガナ 郵便番号 受診児住所	〒　－				電話番号	
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診児との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※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

令和　　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 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					