

第23号様式（第17条、第19条関係）

自立支援医療費(更生医療・育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1							
受診者	フリガナ		性 別	年 齢	生 年 月 日		
	受診者氏名		男・女	歳	年 月 日		
	受診者個人番号						
	フリガナ				電話番号	()	
	受診者住所						
育成医療の場合のみ	フリガナ				受診者との関係		
	保護者氏名						
	保護者個人番号						
	フリガナ				電話番号 ※2	()	
	保護者住所 ※2						
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名	※保険証の写しを添付			
	受診者と同一保険の加入者氏名及び個人番号	(続柄)		(続柄)			
		(個人番号)		(個人番号)			
		(続柄)		(続柄)			
		(個人番号)		(個人番号)			
	障害年金・遺族年金受給の有無	無・有 [障害年金・遺族年金 () 級]					
	特別児童扶養手当等受給の有無	無・有 [特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当]					
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※4	該当・非該当	
世帯の所得等の確認(希望する方に○)	証明書等を添付します。			職権での調査に同意します。			
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			
	(病院)						
	(薬局)						
身体障害者手帳番号				受給者番号※5			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 印 ※6 年 月 日 唐津市福祉事務所長 様							

※1 該当する医療の種類 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。変更の場合、受信者欄及び変更のある事項のみ記入
 ※2 受診者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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定又は変更の方のみ記入
 ※6 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。

福祉事務所記入欄					
申請受付年月日		判定依頼年月日		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	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					