

第 2 3 号様式（第 1 7 条、第 1 9 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		年 齢	生 年 月 日
	受診者氏名		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	受診者の加入医療保険の記号及び番号		保険者名	
	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こと。

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				