

自立支援医療費（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	歳	生年月日			
	受診者氏名				年	月	日	
	フリガナ		電話番号	自宅				
	受診者住所	高知市		携帯				
個人番号								
保護者	フリガナ		受診者との関係	電話番号※2	自宅			
	保護者氏名				携帯			
	フリガナ		保護者個人番号					
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					
	受診者と同一保険の加入者		左記の個人番号					
	該当する所得区分※3	生保・低1（右の年金等の受給状況：無・有 障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等） 低2・中間1・中間2・一定以上・その他〈 〉						
重度かつ継続※4	該当・非該当		受給者番号※5					
手帳について	身体障害者手帳	有・無	手帳等級（ ）級	手帳番号				
	療育手帳	有・無	障害の程度（ ）	手帳番号				
	精神障害者保健福祉手帳	有・無	手帳等級（ ）級	手帳番号				
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				
<p>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。なお、給付決定に当たり、子育て給付課長が給付決定に必要な住民情報、世帯の市民税課税状況、医療保険加入状況及び治療内容について確認することを世帯全員が同意します。</p> <p>高知市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">※6</p>								

- ※1 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）のいずれかに○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。区分「低1」の場合は、（ ）内にも○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※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。

----- 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（障害・多数該当）・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（障害・多数該当）・非該当	
所得確認書類	個人番号	市町村市民税課税証明書	市町村市民税非課税証明書	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（ ）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					