

記入例

様式第1号

該当するところに
○をつけてください。

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 受診者氏名	ウツノミヤ サツキ		年齢	生年月日		
	宇都宮 韶月				○ 歳	平成・令和	○年 ○月 ○日
	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○					
	フリガナ 受診者住所	ウツノミヤシタケバヤシマチ 〒321-0974 宇都宮市旭1-1-1			電話番号	028-632-2399	
申請者（保護者）	フリガナ 氏名	ウツノミヤ タロウ		受診者と同じ場合は 記入不要	続柄	父	
	宇都宮 太郎						
	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○					
フリガナ 住所 ※2	〒			電話番号 ※2			
負担額に関する事項	受診者の加入健康保険の保険者番号	09012345	同じ健康保険に加入している方のお名前を全員を記入してください。	受診者名	宇都宮健康保険組合		
	受診者と同一健康保険の加入者	宇都宮 太郎	宇都宮 花子	受診者の属する加入健康保険の記号及び番号	記号 123	番号 4567890	
		宇都宮 銀杏		資格取得日	○年○月○日		
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	
身体障害者手帳番号		別紙のチェックシートを参照して、該当する区分に○をつけてください。 不明の場合は空欄でかまいません。					
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				
	宇都宮市立病院 宇都宮市立薬局		宇都宮市旭1-1-5 宇都宮市旭1-1-6				
受給者番号 ※5	0123456	再認定・変更の方は、現在お持ちの受給者証の受給者番号を記入してください。	受診する指定医療機関名を記入してください。 ※必要な場合は薬局名も記入してください。				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 宇都宮 太郎 令和 ○○年○○月○○日</p> <p>(あて先) 宇都宮市長</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（意見書が必要）申請の場合）のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 別紙の「所得に関するチェックシート」を参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 別紙の「「重度かつ継続」の対象範囲」を参照し、該当すると思う区分に○をする。

※5 再認定または変更の方のみ記入。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

市記入欄

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	市町村民税非課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	確定申告書の控 その他（ ）	標準負担額減額認定証
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			