

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	ウツノミヤ サツキ		年齢	○ 歳	平成・令和		生 年 月 日	
	受診者氏名	宇都宮 皐月				○ 年 ○ 月 ○ 日			
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇							
	フリガナ	ウツノミヤシタケバヤシマチ							
申請者（保護者）	受診者住所	〒321-0974 宇都宮市旭1-1-1		電話番号	028-632-2399				
	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		受診者と同じ場合は 記入不要	続柄	父			
	氏名	宇都宮 太郎							
	個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇							
フリガナ	住所 ※2								
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の被保険者番号	09012345		被保険者名	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 宇都宮 銀杏		受診者の属する被保険者証の記号及び番号	123		4567890		
	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。						
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		宇都宮 太郎							
令和 ○○年○○月○○日									
(あて先)		宇 都 宮 市 長							

- ※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 確定申告書の控 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				