

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	生 年 月 日		
	受診者氏名	宇都宮 皐月				平成・令和	○ 年 ○ 月 ○ 日	
	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○		電話番号	028-632-2399			
	フリガナ	ウツノミヤシタケバヤシマチ						
受診者住所	〒321-0974 宇都宮市旭1-1-1							
申請者（保護者）	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	○○○○ ○○○○ ○○○○						
	住所 ※2	〒		電話番号 ※2				
負担額に関する事項	受診者の 被保険者証の 保険者番号	09012345		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	受診者の属する 被保険者証の 記号及び番号	123	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								
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。								
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 裏面の「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 裏面の「「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
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
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（ ）
前回の受給者番号	今回の受給者番号	
備考		