

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						平成・令和	年 月 日	
	個人番号				電話番号				
	フリガナ	〒							
受診者住所									
申請者（保護者）	フリガナ				続柄				
	氏名								
	個人番号				電話番号 ※2				
	フリガナ	〒							
住所 ※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			保険者名					
	受診者と同一保険の加入者				受診者の属する加入健康保険の記号及び番号	記号		番号	
					資格取得日				
	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				精神障害者保健福祉手帳番号					
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				
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									
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									
公費負担者番号	16096026	有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日						
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		課税台帳		その他（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号						
備考						課税額			