

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			年齢	歳 平成・令和	生年月日
	個人番号					年月日
	フリガナ 受診者住所	〒		電話番号		
申請者 (保護者)	フリガナ 氏名			続柄		
	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		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
	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		資格取得日		
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 生活保護受給世帯の証明書 課税台帳		標準負担額減額認定証 その他（ ）			
前回の受給者番号			今回の受給者番号			
備考				課税額		