

自立支援医療費【育成】 支給認定（変更認定）申請書（新規・再認定・変更）				
※1				
受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	平成 令和 年 月 日
	住所			
	個人番号			
保護者	フリガナ		受診者との 関係	父 ・ 母 ・ その他（            ）
	氏名			
	住所 ※2		日中 連絡先	—            — 父 ・ 母 ・ 自宅 ・ 他（            ）
個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	受診者と同一保険の加入者			
	個人番号			
身体障害者手帳番号		受給者番号 ※3		
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・電話番号	
職権調査同意 ※4	同意する      ・      同意しない			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 ※5 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">申請者氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和      年      月      日</div> 宮崎市長 殿				

- ※1 新規・再認定・変更のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 再認定または変更の方のみ記入。
- ※4 申請書及び添付書類で所得額等を確認できない場合において、実施機関が職権に基づき市町村等から受診者の世帯や所得等の情報の提供を受けること。（同意があっても、書類の提出を求めることがある。）
- ※5 医療保険の高額療養費多数該当による「重度かつ継続」を申請する場合は、申請月以前の12ヶ月間に受診者の属する医療保険の世帯が高額療養費を3回以上支給された証明等を添付すること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証 ）
備考			