様式第１号（第４条、第８条、第９条関係）

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						
障害児	フリガナ		性別	生年月日		年齢
	受診者氏名		男・女	年　月　日		歳
	受診者住所	〒（　　）－（　　）		電話番号		
	個人番号					
保護者	フリガナ			受診者との関係	父・母・祖父・祖母・兄弟・姉妹・その他	
	氏名					
	住所 ※2	〒（　　）－（　　）		電話番号 ※2		
	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	（保険種別）国保 社保・生保・その他	記号	番号	保険者名	
	受診者と同一保険の加入者					
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
	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			重度かつ継続　※4	該当 ・ 非該当
★身体障害者手帳番号			障害等級	種級	特定疾病療養受療証	有 ・ 無
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		
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　　※6

年　月　日

（あて先）　五島市長

※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の申請の場合）のいずれかに○をすること。
※2　受診者本人と異なる場合に記入すること。
※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
※5　再認定又は変更の方のみ記入すること。
※6　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
★身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入すること。

----------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		判定依頼年月日		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	□個人番号　□市町村民税課税証明書　□市町村民税非課税証明書□標準負担額減額認定証 □生活保護受給世帯の証明書　□その他収入等を証明する書類（　　）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					