第1号様式

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

本人	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日
本人	フリガナ 住所	郵便番号 — 区 丁目 番 号 番地 団地・アパート 号 マンション・荘 様方					電話番号	( )
本人							個人番号	
保護者	フリガナ 氏名	(姓)	(名)	生年月日	年 月 日		本人との関係	父・母・その他( )
保護者	フリガナ 住所 ※1	〒 —					電話番号 ※1	( )
保護者							個人番号	
保護者の被保険者証の記号及び番号		記号		番号			保険者番号	
保護者と同一保険の加入者								
該当する所得区分 ※2		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続※3	該当・非該当
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 ※4								

私は、障害者総合支援法第53条第1項の規定により上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。

年 月 日　　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(宛先) 大田区長

※1 受診者本人と異なる場合に記入。
※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※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。
※4 再認定の方のみ記入する。

受付印

ここから下の欄には記入しないでください。

大田区記入欄

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　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( )				
疾病コード		補装具	有・無		新規・継続
前回認定期間	年 月 日～ 年 月 日	入院	日	通院	回 日
初回交付日	年 月 日	受給者番号			
交付日	年 月 日	認定期間	年 月 日～ 年 月 日		