

医療を受ける方の名前を書く。							医療費 (育成医療 更生医療) 支給認定申請書 (新規 再認定・変更)						
受診者	フリガナ	知多 太郎			性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	年齢	◎◎ 歳	生年月日			〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	知多 太郎			個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇							
保護者	フリガナ	知多 一郎			医療を受ける方の保護者の名前を書			受診者との関係	父				
	氏名	知多 一郎			医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入す			保護者の電話番号	同上				
負担額に関する事項	受診者の氏名	135790			保険者名	〇〇〇保険組合							
	受診者の氏名	知多 一郎・花子・太郎			医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。								
診療時	該当	低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続								
身体障害	診療時	年 月 日から			年 月 日まで								
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)	障害等級	〇			特定疾病療養受療証	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無							
	医療機関等名称	知多クリニック			所在地	知多市八幡字〇〇1丁目〇〇番地			電話番号			0562-△△-□□□□	
	医療機関等名称	知多薬局			所在地	知多市八幡字〇〇1丁目△△番地			電話番号			0562-△△-□□□□	
受給者番号	治療を受けている医療機関・薬局を記入する。												
添付書類	1 自立支援医療(育成医療・更生医療)意見書 2 受診者と同一保険に加入しているすべての者が確認できる被保険者証の写し 3 所得区分を証明する関係書類												
私は、上記のとおり、自立支援医療費(育成医療・更生医療)の支給を申請します。 知多市福祉事務所長様 年 月 日 申請者氏名 知多 一郎											記名する。		
申請の日付を記入する。													

記入みほん

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

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	担当者確認欄
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	受付印
	生活保護受給世帯の証明書	市民税課税台帳	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				