

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1

障害者・児	フリガナ											性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名															大正 昭和 平成	年 月 日		
	個人番号																		
	受診者住所													電話番号	()				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ											生年 月 日	年 月 日	の受診者と 関係					
	保護者氏名														電話番 号※2	年 月 日			
	個人番号																		
	保護者住所 ※2													電話番 号※2	()				
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※3											保険者名							
	受診者と同一保険の加入者※3																		
	該当する所得区分 ※4	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上										重度かつ継続 ※5		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 ・ 電 話 番 号							
受給者番号 ※6																			
（あて先）三鷹市長 上記のとおり、自立支援医療費（更生医療・育成医療）の支給を申請します。 この申請に関する事項は障がい者支援課長・子育て支援課長において保管され、世帯の所得の状況その他の支給要件の審査に必要な情報を、障がい者支援課長・子育て支援課長が公簿等により確認することに同意します。 申請者氏名 令和 年 月 日																			

※1 該当する自立支援医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更）のいずれかの区分に○をしてください。

※2 受診者と異なる場合に記入してください。

※3 受診者が18歳未満の場合は、保護者が加入している健康保険の情報を記入してください。

※4 所得の区分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○をしてください。

※5 所得の区分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○をしてください。

※6 再認定又は変更の方のみ記入してください。