

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)			
受診者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
	居住地		電 話 番 号
保護者氏名			受 診 者 と の 続 柄
個人番号			
保護者居住地			電 話 番 号
負担額に関する事項	加入している保険者名		被 保 険 者 証 の 記 号 番 号
	受診者と同一保険の加入者	( )	
	個 人 番 号		
	重度かつ継続	非該当・該当	公費負担の対象となる障害に該当(障害名: ) 医療保険の高額療養費で多数該当に該当
身体障害者手帳番号	第 号	更生医療 育成医療 受給者番号	
受診を希望する更生医療・育成医療指定医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	医療機関等名称		所 在 地
<p>私は、上記のとおり自立支援医療(更生医療・育成医療)の支給認定を申請します。                  また、支給認定に係る利用者負担額算出のため、田原市 課において市民税等に係る公簿(必要に応じ世帯員分を含む。)を閲覧することに同意します。                  田原市福祉事務所長 殿                  年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>			

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市記入欄

所得確認書類	市町村民税課税台帳 市町村民税(非)課税証明 その他収入等を証明する書類( )		
所得確認対象者	氏名		所得割・収入額 円
	氏名		所得割・収入額 円
	氏名		所得割・収入額 円
	氏名		所得割・収入額 円
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
調査年月日	年 月 日	調査員氏名	
備 考			