

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）													
※該当する新規・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。													
受診者	フリガナ							年齢	生 年 月 日				
	氏 名							歳	年 月 日				
	住 所	〒						電話番号					
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係					
	保護者氏名												
	保護者住所	〒 ☐ 受診者と同じ						電話番号					
	保護者個人番号												
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者番号			保険種別				
	受診者と同一保険の加入者	氏 名				個人番号							
	該当する所得区分							重度かつ継続					
身体障害者手帳番号					受給者番号								
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								
備 考													
私は、上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。 なお、負担上限額決定における課税資料その他公簿による確認を了承します。 申請者氏名 令和 年 月 日 (宛先) 江別市長													

※ 「該当する所得区分」「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受給者本人と異なる場合に記入する。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入する。
※ 「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。

自治体記入欄

ここから下の欄には記入しないでください。