様式第16号（第3条関係）

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 ・ 他市町村からの転入 ・ 再発行（理由：　　）） ※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	生年月日	年　月　日
	フリガナ 受診者住所				電話番号	
	個人番号					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2	
	保護者個人番号					
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		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者					
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当
	障害年金等	無 ・ 有 （ 種類 ：		年額 ：		）
身体障害者手帳番号						
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 ※5						

（宛先）春日市福祉事務所長

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

年　月　日

申請者氏名　　印　※6

※1　該当する区分に○をする。
※2　受診者本人と異なる場合のみ記入
※3　該当する区分に○をする。
※4　該当する区分に○をする。
※5　再認定又は変更の場合のみ記入
※6　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こと。

ここから下の欄には記入しないでください。

市記入欄

申請受付年月日		進達年月日		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	個人番号　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（　）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備　考					