

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					
の受診者が18歳未満	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					