

記入例（育成医療）

第23号様式（第20条、第22条第1項及び第2項）

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 受診者氏名	ナラシ/ シロウ 習志野 次郎						1 歳		生 年 月 日 令和 ○年 ○月 ○日				
	フリガナ 受診者住所	ナラシ/シ サギヌマ 習志野市鷺沼1-1-1						電話番号		047-123-4567				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	フリガナ 保護者氏名	ナラシ/ タロウ 習志野 太郎						受診者との関係		父				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者住所 ※2							電話番号 ※2						
	保護者個人番号	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	
	受診者の被保険者証の記号及び番号	○○ ○○○○○						保険者名		○△□健康保健組合				
負担額に関する事項	受診者と同一保険の加入者	習志野 太郎 ・ 習志野 花子 ・ 習志野 花美												
	受診者と同一保険の加入者の個人番号	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間						記一定以上		重度かつ継続※4		要		該当・非該当
身体障害者手帳番号	※持っている場合のみ記入													
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者含む）	医療機関名						所在地・電話番号							
	○△□病院						習志野市鷺沼〇-〇-〇(047-987-1234)							
受給者番号※5														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。														
申請者氏名 習志野 太郎														
○年 ○月 ○日														
習志野市長 宛て														

※1 該当する医療の種類及び新規・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。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※5 再認定又は変更の方のみ記入。

----- ここから下の欄には記入しないでください -----

市役所記入欄

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					