

大津市自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※7

申請の内容に○をつけてください。

障害児	フリガナ 受診者氏名	オオツ ハナコ 大津 花子		年齢	10 歳	□□年 △△月 ○○日		
	受診者住所	郵便番号（ 520-0000 ） 大津市御陵町口番△号		電話番号	077-△△△-□□□□			
	個人番号 （マイナンバー）	111122223333						
保護者	フリガナ 保護者氏名	オオツ タロウ 大津 太郎		保護者の方（健康保険証の被保険者氏名あるいは健康保険証の組合員氏名または国民健康保険証の世帯主氏名）の名前と住所、個人番号を記入してください。（住所は受診者と同じ場合記入不要です）		父		
	保護者住所 ※2							
	保護者個人番号 （マイナンバー）	222233334444						
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	記号123 番号45678		医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入してください。		全国健康保険協会○○支部		
	受診者と同一保険の加入者 ※5名以上おられる場合は裏面にご記入下さい。	名前	花江	名前	花子			
		個人番号	333344445555		個人番号	444455556666		
	名前	受診者と同一保険に加入している方のうち受診者と保護者以外の方について、名前と個人番号を記入してください。書ききれない場合（5名以上）は裏面にご記入ください。						
	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		
身体障害者手帳番号						特定疾病療養受療証	有 無	
受給者番号 ※5								
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） ※6	医療機関名			所在地・電話番号				
	△△病院			大津市本宮○丁目△番□号				
	治療を受ける医療機関を記入してください。（意見書の病院）							

記載事項変更内容 ※7

事項	変更前	変更後
受給者に関する事項（氏名・住所・電話番号）		
保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）		
被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
その他		
備考		

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。自立支援医療費の支給申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。
また、支給決定されたときは、その内容を受診している指定自立支援医療機関へ報告することに同意します。

申請者（保護者）氏名

大津 太郎

○ 年 △ 月 □ 日

上記の保護者

（あて先）
大津市福祉事務所長

- ※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○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※6 新規または再認定の方のみ記入してください。
- ※7 変更の方のみご記入ください。

注：記入内容の消滅等を防止するため、鉛筆や消せるボールペン等を使用しないようにしてください。