

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）※1

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------|----------|--------------|---------------|--|
| 障害児 | フリガナ 受診者氏名 | | 年齢 | 歳 | 生年月日 年 月 日 | |
| | 受診者住所 | 郵便番号（ ） | | 電話番号 | | |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | | | |
| 保護者 | フリガナ 保護者氏名 | | | 受診者との関係 | | |
| | 保護者住所 ※2 | | | 電話番号 ※2 | | |
| | 保護者個人番号 (マイナンバー) | | | | | |
| 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 ※5名以上おられる場合は裏面にご記入下さい。 | 名前 | | 名前 | | |
| | | 個人番号(マイナンバー) | | 個人番号(マイナンバー) | | |
| | | 名前 | | 名前 | | |
| | | 個人番号(マイナンバー) | | 個人番号(マイナンバー) | | |
| 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 | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

記載事項変更内容 ※7

| 変 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
|-------------|---|-------|-------|
| 更 内 容 | 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

年 月 日

(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 変更の方のみ記入してください。

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ての記入はしないでください。

