

第1号様式

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（1.新規・2.再認定・3.変更） ※1															
受診者	フリガナ														
	氏名														
	住所	区											生年月日		
		年	月	日											
	電話番号	( )													
	個人番号														
受診者が 場合18歳未満の	保護者氏名											受診者との 関係	1. 父 2. 母		
	保護者住所 ※2	〒 -											3. 祖父 4. 祖母		
		保護者個人番号											電話番号 ※2	( )	
負担額に 関する 事項	受診者の被保険者等 記号・番号						保険者名								
	受診者と同一 保険の加入者														
	受給者と同一保険 の加入者個人番号														
	該当する所得区分※3	1.生保・2.低1・3.低2・4.中間1・5.中間2・6.一定以上					高額治療継続者※4			1. 該当・2.非該当					
身体障害者手帳番号					精神障害者保健 福祉手帳番号										
受診を希望する 指定自立支援機 関（薬局・訪問 看護事業者を含 む）	医療機関名				医療機関番号				所在地・電話番号						
	病院・診療所														
	薬局														
	訪問看護事業者														
受給者番号 ※5					特定疾病療養受療証					1.有・2.無					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>なお、この申請の審査に必要な市民税等に関する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）、生活保護受給状況を確認されることについて、同意します。また、平成24年5月30日厚生労働省雇用均等・援護局障害保健福祉部事務連絡「控除廃止の影響を受ける負担上限月額算定の算定等（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」に基づき再計算された市民税額によって所得区分が決定されることに同意します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先)名古屋市長</p>															

※1 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。 ※3 ※4 該当する区分に○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。 ※5 再認定または変更の方のみが記入してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請書受付年月日					進達年月日					認定年月日				
前回所得区分	1.生保・2.低1・3.低2・4.中間1・5.中間2・6.一定以上					高額治療 継続者	1. 該当・2.非該当							
今回所得区分	1.生保・2.低1・3.低2・4.中間1・5.中間2・6.一定以上					高額治療 継続者	1. 該当・2.非該当							
所得確認書類	1.個人番号 2.市町村民税（課税・非課税）証明書 3.生活保護受給世帯の証明書 4.その他（ ）													
公費負担の対象となる障害	医療の具体的方針 ( )													
補 装 具	業者J-ド			具数	具	価格	円		補装具調書	1.有				
	補装具名称													
前回の受給者番号						今回の受給者番号								
有効期間	年	月	日	～	年	月	日	備考						