

障害者・児	フリガナ 受診者氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	
	個人番号						
	フリガナ 受診者住所				電話番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係		
	個人番号						
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2		
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						
	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				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							
治療方針の変更	有 ・ 無			診断書の添付	有 ・ 無		
大田原市長 様 私は、関係書類を添えて、自立支援医療費（育成医療）の支給を申請します。 なお、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、大田原市が世帯員の課税台帳等を確認することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 ※6							

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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○を付ける。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付ける。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付ける。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入する。
- ※6 申請者氏名については、記名してください。

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	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					