

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定）

| | | | | |
|--|------------------|---------------------------|-----------|-------|
| 受診者 | ふりがな | | 年齢 | 生年月日 |
| | 氏名 | | 歳 | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| 保護者 | ふりがな | | 受診者との関係 | |
| | 氏名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | |
| 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 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 該当する所得区分 | 生保・低所得1・低所得2・中間1・中間2・一定以上 | | |
| | 重度かつ継続 | 該当・非該当 | 「世帯」範囲の特例 | 申請する |
| 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 | | |
| | | (電話) | | |
| | | (電話) | | |
| | | (電話) | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | |
| 受給者番号 | | | | |
| (宛先) 旭川市長 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 自立支援医療費の支給認定を受けたいので、申請します。 申請者氏名 | | | | |

- (注) 1 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。
 2 「保護者」欄の住所及び電話番号は、受診者と異なる場合に記載してください。
 3 「該当する所得区分」欄及び「重度かつ継続」欄は、該当する項目を○で囲ってください。
 4 「「世帯」範囲の特例」欄は、申請する場合に○で囲ってください。
 5 「受給者番号」欄は、再認定の申請の場合に記載してください。