

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定）

受診者	ふりがな		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	年 月 日
保護者	個人番号				
	住所	〒		電話番号	
負担額に関する事項	ふりがな		受診者との関係		
	氏名				
個人番号	個人番号				
	住所	〒		電話番号	
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)			
身体障害者手帳番号		年 月 日			
受給者番号					
<p>(宛先) 旭川市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>自立支援医療費の支給認定を受けたいので、申請します。</p> <p>申請者氏名</p>					

- (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○で囲んでください。
 4 「「世帯」範囲の特例」欄は、申請する場合に○で囲んでください。
 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。