

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）									
受 診 者	フリガナ				性 別	年 齢	生 年 月 日		
	氏 名								
	フリガナ				電 話 番 号				
	住 所								
	個人番号								
保 護 者	フリガナ				受診者との関係		父 ・ 母 ・ その他（ ）		
	氏 名								
	フリガナ				電 話 番 号				
	住 所 ※1								
	個人番号								
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 番 号				
	受診者と同一保険 の加入者								
	受診者と同一保険 の加入者個人番号								
	該当する 所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続 ※2	該当・非該当		
	保護者の収入 ※3	給与収入・障害年金等・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別 児童扶養手当・退職所得							
身体障害者手帳の有無		無 ・ 有（番号： ）				特定疾病療養受領証	無 ・ 有		
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 ※4									
年 月 日 熊本市長 （宛） 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 私の属する世帯の課税状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。 また、上記の自立支援医療機関に対して、認定の可否を通知することを承諾します。 申請者氏名 印									

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 該当する収入があれば○をつけてください。

※4 再認定または変更の方のみ記入。

※この申請に係る個人情報につきましては、プライバシーの保護に十分配慮し、本事業以外の目的では一切使用されることはありません。

ここから下の欄には記入しないでください。

保健子ども課記入欄

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	個人番号・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（ ）		

受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北
個人番号関係	身元確認(本人・代理人)：未・済	個人番号カード・運転免許証・その他（ ）	
	個人番号確認：未・済	個人番号カード・通知カード	