

様式第1号（第5条の2関係）

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、保険情報及び身体障害者手帳の有無について、番号法の規定に基づいて課税台帳等、住民基本台帳等、身体障害者手帳台帳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（自署又は記名押印）					

- ※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・運転免許書・その他（ ）		
	個人番号確認：未・済			個人番号カード・通知カード		