

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							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	受診者の加入医療 保険の記号及び番号						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： ）						特定疾病療養受療証	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													

※ 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	