様式第1号

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書　（　新規・再認定・継続・変更　）※1

受診者	フリガナ 名　　前		年齢 歳	生　年　月　日 年　　月　　日
	住　　所	〒　　－ 福山市	電話番号	
	個人番号			
保護者	フリガナ 名　　前		受診者との関係	
	住　　所 ※2	□　受診者と同じ　　□　受診者と異なる（ご記入ください）		
			電話番号 ※2	
	保護者個人番号			
負担額に関する事項	受診者の被保険者の記号及び番号		保険者名	
	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 ※3	生保　・　低1　・　低2　・　中間1　・　中間2　・　一定以上	重度かつ継続 ※4	該当　・　非該当

	医　療　機　関　名	所 在 地・電 話 番 号
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）	
	（薬局名・訪問看護事業所名）	
受給者番号　※5		

当該申請が認定となった際に、福山市が、受診する指定自立支援医療機関に自立支援医療受給者証（育成医療）の写しを送付することに同意します。 （同意されない場合は、認定された後に送付される自立支援医療受給者証（育成医療）をご自身で指定自立支援医療機関に提出してください。	同意する　・　同意しない

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
なお、支給認定のために、私及び私と同一の医療保険に加入している者の世帯構成、医療保険の加入状況、市民税の課税状況、所得額、手当の受給状況等について関係機関に照会することに同意します。

申請者名前

年　　月　　日　　福　山　市　長　　様

※1　該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに〇をする。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。
※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
※5　再認定または変更の方のみ記入。

ここから下の欄には記入しないでください。

福山市記入欄

申請受付年月日	年　　月　　日	認定年月日	年　　月　　日
前回所得区分	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
今回所得区分	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（　　）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備　考			