

自立支援医療費（育成）支給認定申請書

受診者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						平成	年	月 日
申請者	フリガナ	トヨタシ	電話番号			( ) -			
	受診者住所	豊田市							
申請者	フリガナ		受診者との関係			電話番号			
	申請者住所 <sup>1</sup>								
健康保険に 関する事項	受診者の被保険者証 の記号番号		保険者名						
	受診者と同一 保険の加入者名					保険 種別	政管 組合 日雇 船員 共済 国保 生保 その他 ( )		
重度かつ継続	該当（高額療養費 ・ 疾患の種類） / 非該当								
身体障害者手帳	有 ・ 無		身体障害者 手帳番号						
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				所在地				
診療予定年月日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで								
<p>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、認定に必要な場合は、豊田市において市民税等に係る公簿を閲覧（世帯員分を含む）することに同意します。</p> <p>（あて先） 豊田市保健所長</p> <p>平成 年 月 日 申請者氏名 印</p>									

1 受診者と異なる場合に記入。

自治体記入欄

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	市県民税証明書 市県民税課税台帳 その他収入を証明する書類 ( )					
所得確認対象者	(氏名)	(税額)	(氏名)	(税額)		
備考					税額 合計	