様式第18号(第15条、第18条関係)

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

受診者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日
	個人番号					電話番号	(　　)　－
	フリガナ 受診者住所	トヨタシ 豊田市					
申請者	フリガナ 申請者氏名		受診者との関係		個人番号		
	フリガナ 申請者住所 ※2	トヨタシ 豊田市				電話番号 ※2	(　　)　－
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	氏名					
		個人番号					
		氏名					
		個人番号					
		氏名					
		個人番号					
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			
自立支援医療受給者番号※3							
診療予定年月日	年　月　日から　年　月　日まで						

私は、上記のとおり、自立支援医療費支給の認定を申請します。
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。

（あて先）　豊田市長

年　月　日　　申請者氏名　　（自署）

※1　新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の場合）はいずれかに○を付けてください。
※2　受診者と異なる場合に記入。
※3　再認定又は変更の場合のみ記入する。

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	