

記入見本		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	受診者氏名	トヨタ タロウ		性	男	女	生年月日
	個人番号	豊田 太郎		年齢	〇〇歳		10年 1月 1日
	フリガナ	トヨタシ ニシマチ		電話番号	() -		
受診者住所	豊田市西町〇丁目〇〇番地						
申請者	申請者氏名	トヨタ ケンジ	受診者との関係	父	個人番号	234567890123	
	申請者住所※2	豊田市	来庁する保護者の氏名を書く。		電話番号※1	() -	
健康保険に関する事項	受診者の被保険者証の記号番号	〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇〇健康保険組合		医療を受ける人が加入している保険者名を記入。市の保険は「豊田市国民健康保険」と記入。	
	受診者と同一保険の加入者	氏名	豊田 健二		健康保険証の上の方に書かれている記号及び番号を記入。		
		個人番号	234567890123				
		氏名	豊田 花子		医療を受ける方と同一保険に加入している方全ての氏名、個人番号を記入。		
		個人番号	345678901234				
氏名	豊田 次郎						
個人番号	456789012345						
重度かつ継続	該当（高額療養費 ・ 疾患の種類） / 非該当						手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入。
身体障害者手帳	有 ・ 無		身体障害者手帳番号	1234567			
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	〇〇〇〇病院		該当するものに〇で囲む。	所在地		
	薬局	〇〇〇〇薬局			愛知県豊田市〇〇町〇丁目〇番地		
自立支援医療受給者番号※3	行かれる薬局名を記入。		意見書に書いてある診療予定年月日の一番最初の日を記入。		再認定、変更の場合は記入してください。		意見書に書いてある診療予定年月日の一番最後の日を記入。
診療予定年月日	〇〇年 〇月 〇日 から 〇〇年 〇月 〇日 まで						
<p>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。</p> <p>（あて先） 豊田市長</p> <p>〇〇年 〇月 〇日</p> <p>申請者氏名 豊田 健二 （自署）</p>							

※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）はいずれかに〇を付けてください。

※2 受診者と異なる場合に記入してください。

※3 再認定又は変更の場合のみ記入してください。

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