

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）												
フリガナ								性別	年齢	生年月日		
受診者氏名								男・女	歳	年 月 日		
受診者住所	〒 東広島市							電話番号	()			
個人番号												
フリガナ								受診者との関係				
保護者氏名												
保護者住所	□受診者と同じ（記入不要） □受診者と異なる（保護者住所・電話番号をご記入ください。） 〒							電話番号				
保護者個人番号												
受診者の被保険者の記号と番号							保険者名					
受診者と同一保険の加入者	□保護者と同じ（記入不要） □保護者と異なる（加入者名・加入者個人番号をご記入ください。）											
受診者と同一保険の加入者個人番号												
（お持ちの方のみ） 身体障害者手帳番号 および障害名	広島県 ・ 東広島市 ・ () 県・市 第 号 (障害名)											
給付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				
								TEL				
								TEL				
								TEL				
受給者番号	(再認定または変更の方のみ記入してください。)											
私は上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。												
申請者（保護者）氏名 印 令和 年 月 日 東広島市福祉事務所長 様												
申請書類確認欄												
□申請書 □世帯調書（別記様式第7号の2） □自立支援医療費（育成医療）意見書（別記様式第7号の3） □健康保険証（受診者、受診者と同一保険加入者の名前が記載されているもの、保護者のもの） □印鑑 □標準負担額減額認定証 □課税証明書（市で課税額が確認できない方） □年金、特別児童扶養手当等収入のわかるもの（証書・通知書等） □生活保護受給世帯の証明書 （市町村民税非課税世帯の方のみ必要） （該当の方のみ必要） □身体障害者手帳(所持者のみ) □自立支援医療費(育成医療)変更意見書（別記様式第7号の4）【変更時】												
市確認欄（ここから下の欄には記入しないでください。）												
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			
所得確認方法	□ 個人番号 □ 市課税台帳より確認 □ 市町村民税課税（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 ()											
備考												