

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						年齢	生年月日				
受診者氏名						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	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ（記入不要） <input type="checkbox"/> 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及び番号						保険者名					
受診者と同一保険の加入者	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ（記入不要） <input type="checkbox"/> 保護者と異なる（加入者氏名・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及び障害名	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（薬局及び訪問看護事業者を含む。）	医療機関名					所在地・電話番号					
						TEL					
						TEL					
受給者証番号	（再認定又は変更の方のみ記入してください。）										
<p>上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>なお、認定に関して私及び私の属する世帯全員の市民税の課税状況、生活保護受給状況、公的医療保険加入状況、身体障害者手帳の交付状況並びに他の公費負担医療の受給状況を、市が所有する個人情報により調査・確認されることに同意します。なお、この調査・確認にあたり、私の属する世帯全員の同意も得ています。</p> <p style="text-align: center;">申請者（保護者）氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">東広島市福祉事務所長 様</p>											
申請書類確認欄 <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 世帯調書（別紙1） <input type="checkbox"/> 自立支援医療費（育成医療）意見書（別紙2） <input type="checkbox"/> 公的医療保険加入状況がわかるもの（健康保険証（R7.12.1まで）・資格確認書・資格情報のお知らせ等） （受診者若しくは受診者と同じ保険加入者の名前が記載されているもの又は保護者のもの） <input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 課税証明書（市で課税額が確認できない方） <input type="checkbox"/> 年金、特別児童扶養手当等収入の分かるもの（証書、通知書等）（市町村民税非課税世帯の方のみ） <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書（該当の方のみ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（所持者のみ） <input type="checkbox"/> 自立支援医療費（育成医療）変更意見書（別紙3）（変更の場合のみ）											
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	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市課税台帳により確認 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税（非課税）証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類 ()										
備考											