

**記入例**

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）※1

受診者	フリガナ	フジサワ ハナ						年齢	生 年 月 日				
	受診者名	藤沢 花						歳	2018年 8月 1日				
	受診者住所	藤沢市朝日町1-1						電話番号	080-1111-1111 (父)				
	マイナンバー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	フジサワ カズオ						年齢	生 年 月 日				
	保護者氏名	藤沢 和男							1990年 9月 1日				
	保護者住所 (受診者と異なる場合のみ)							受診者との関係	父				
	マイナンバー	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の 記号及び番号	(保険証等、健康保険加入を証明する書類 を見て記載してください)						保険者番号	(保険証等、健康保険加入を証明する書類 を見て記載してください)				
	受診者と同一保険の加入者 (世帯全員、受診者を除く)	氏名	藤沢 洋子					氏名	藤沢 和也				
		生年月日	1993年 7月 1日	マイナンバー	○○○○○○○○○○○○○○○○			生年月日	2020年 6月 1日	マイナンバー	○○○○○○○○○○○○○○○○		
		氏名						氏名					
		生年月日	年 月 日	マイナンバー				生年月日	年 月 日	マイナンバー			
	氏名						氏名						
	生年月日	年 月 日	マイナンバー				生年月日	年 月 日	マイナンバー				
	氏名						氏名						
	生年月日	年 月 日	マイナンバー				生年月日	年 月 日	マイナンバー				
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・ <b>中間1</b> ・中間2・一定以上						重度かつ継続※2	該当・ <b>非該当</b>				
身体障がい者手帳番号		なし											
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	000病院					所在地・電話番号	(医療機関の住所・電話番号を記載してください)					
	受給者番号 ※3												
特定疾病療養費受領証 ※4													
<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。</p> <p>申請者氏名 <b>藤沢 和男</b></p> <p>年 月 日 <input type="text" value="←申請日"/></p> <p>藤沢市長</p>													

※1 申請する内容に○をする。変更とは自己負担額及び指定医療機関を変更する時です。再認定とは診療内容や治療期間に変更があって再判定をする時です。  
 ※2 チェックシートを参照し、該当すると思うものに○をしてください。  
 ※3 再認定または変更の方のみ記入。  
 ※4 人工透析を受ける方については、本申請書と併せて特定疾病療養費受領証の写しを提出してください。  
 ※5 生活保護を受給している場合は生活保護受給証明書を提出してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

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
所得確認書類	公簿 マイナンバー 収入等を証明する書類 ( )		生活保護受給世帯の証明書
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
窓口に来た方	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 配偶書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> マイナンバー記載の住民票または住民記載事項証明		
本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( )		
備考			