自立支援医療費（育成医療）支給申請書

種別		金額	円
フリガナ 受診者氏名		生年月日	年　月　日
マイナンバー			
フリガナ 保護者氏名		受診者との続柄	
マイナンバー			
保護者住所	〒		
障がいの種類		受給者番号	
指定医療機関名			
同一治療月に他に育成医療を受けた場合は、その医療機関名			

別紙「育成医療治療用装具装着証明書」を添えて自立支援医療費の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所

受給者との続柄

氏　　名

藤沢市長

自治体記入欄

窓口に来た方	□　申請者本人　　□　配偶者　　□　その他（　　）
マイナンバー確認	□　通知カード　　□　マイナンバーカード □　マイナンバー記載の住民票または住民票記載事項証明
本人確認	□　マイナンバーカード　　□　運転免許証　　□　パスポート □　その他（　　）
備考	