

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			年齢	歳
	受診者氏名				生年月日 年 月 日
	フリガナ			電話番号	
	受診者住所	鹿児島市			
個人番号					
保護者	フリガナ			受診者との関係	
	保護者氏名				
	フリガナ			電話番号 ※2	
保護者住所 ※2					
保護者個人番号					
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	記号	番号	保険者名	
	受診者と同一保険の加入者				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
身体障害者手帳番号 ※3					
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			所在地・電話番号	
受給者番号 ※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。 なお、決定にあたっては、課税資料の閲覧に同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">鹿児島市長 殿</p>					

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 身体障害者手帳の交付を受けている場合に記入してください。
- ※4 再認定または変更の方のみ記入。

 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

前所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以	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	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 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（ ）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			