

自立支援医療費(育成・更生・精神通院)支給認定(再認定・変更認定)申請書 ※1						
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	性別 男・女	年齢	歳	生年月日	
					年 月 日	
未受診者が18歳未満の場合	フリガナ 受診者住所	電話番号				
	フリガナ 保護者氏名	受診者との関係				
負担額に関する事項	フリガナ 保護者住所 ※2	電話番号 ※2				
	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名				
	受診者と同一保険の加入者					
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 ※4	該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号			
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・薬局などの名称			所在地・電話番号		
受給者番号 ※5			特定疾病療養受療証	有 ・ 無		
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無		前回の診断書の添付 ※6 ※7	有 ・ 無		
<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、この申請に関して必要な税務情報や手当の受給状況等について市が調査・確認することに同意します。</p> <p>申請者氏名 ㊟ ※8</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(宛先) 静岡市長</p>						

- (注)
- ※1 該当する医療の種類及び再認定・変更認定(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○をしてください。
 - ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
 - ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
 - ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
 - ※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。
 - ※6 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう。)の方のみ記入してください。
 - ※7 前年度(1年目)の申請に係る診断書(写し)の添付状況に○をしてください。
 - ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

申請書を提出した者	氏名	本人との関係	住所	〒	—
				電話	()

保健福祉センター確認欄（該当するものに○・該当書類を確認する）			
育成医療がH26.7.1～H27.6.30までに開始の場合			
平成26年1月1日現在で 静岡市に住民登録		有（税証明は必要なし）・無（前住所地の平成26年度の市民税証明書が必要）	
保健所確認欄（該当するものに○をする）			
所得確認書類	福祉トータルシステム・市民税課税証明書・市民税特別徴収税額通知書・納税通知書 ・その他（ ）		
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
重度かつ継続 確認書類	医師の意見書 ・ 高額療養費支給（多数該当）証明書 ・ その他（ ）		
前回記号番号			今回記号番号