第32号様式

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）

受診者	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生　年　月　日 年　　月　　日
	フリガナ 受診者住所			電話番号	
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2			電話番号 ※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		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				
	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　名			所在地・電話番号	
受給者番号					

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　印 ※5

年　　月　　日

また、本決定に際し私および世帯を同一にする世帯員の所得及び課税、国民健康保険の状況を四日市市長が調査することに同意します。

申請者氏名　　印 ※6

年　　月　　日

※1　該当する医療の種類及び新規・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）のいずれかに〇をする。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。
※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。空欄でも可。
※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。空欄でも可。
※5　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すること。
※6　申請者氏名については、記名押印とすること。同意がない場合は、世帯情報、所得状況等必要書類を添付のこと。

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

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
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	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		
記入者本人確認			受付者		