

様式第 22 号（第 20 条関係）

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1																
受 診 者	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生年月日						
	受診者氏名									昭和 平成	年 月 日					
	個人番号															
	受診者住所	郵便番号（ ）					電話番号									
保 護 者	フリガナ					受診者との関係										
	保護者氏名 ※2															
	個人番号															
	保護者住所 ※2						電話番号 ※2									
負 担 額 に 関 する 事 項	受診者の被保険者証の記号および番号					保険者名										
	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								特定疾病療養受療証				有 無				
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 ※5																
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。また、利用の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 米原市福祉事務所長 様 年 月 日 申請者氏名 ㊞ ※6																

※1 該当する医療の種類および新規・再認定・変更（自己負担限度額およ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 受診者が18歳未満の場合記入してください。また「住所」、「電話番号」については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、該当する区分に○をしてください。

※5 再認定または変更の方のみ記入してください。

※6 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとしてください。