

		ケ ー ス 番 号	
自立支援医療費(育成・更生)支給認定申請書(新規・再認定・変更)			
※1			
障 害 者	フ リ ガ ナ 受 診 者 氏 名	年 齢	歳
			生年月日 年 月 日
障 害 者	フ リ ガ ナ 受 診 者 住 所	個 人 番 号	
		電 話 番 号	
保 護 者	フ リ ガ ナ 保 護 者 氏 名	個 人 番 号	
		続 柄	
保 護 者	フ リ ガ ナ 保 護 者 住 所	電 話 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	個 人 番 号	
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以 上	重度かつ継続 ※3
身体障害者手帳番号			
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
	病院名	郵便番号 電話番号	
	薬局名	郵便番号 電話番号	
	訪問看護事業者	郵便番号 電話番号	
受 給 者 番 号 ※ 4			
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 年 月 日 (あて先)川口市社会福祉事務所長			

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○を付けてください。変更の場合は、障害者欄及び変更のある事項のみ記入してください

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けてください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けてください。

※4 再認定又は変更の方のみ記入してください。

----- ここから下の欄は記入しないで下さい。 -----

市記入欄

申請受付年月日		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 書 類	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			