

自立支援医療(育成医療) 支給認定申請書 ( 新規・再認定・変更 )

(申請先) 横浜市長

私は、次のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給認定を申請します。

この申請に関して、受診者及び受診者と同じ医療保険に属する世帯員全員の市民税の課税状況・収入状況、身体障害者手帳の取得状況、生活保護の受給状況、健康保険の加入状況及び住民基本台帳の状況について、横浜市が調査することに同意します。なお、この調査にあたり、受診者が属する世帯員全員の同意も得ています。

申請日 年 月 日

保護者(申請者)氏名 \_\_\_\_\_ 印

※氏名を自署した場合は押印不要です。

受診者	フリガナ				年齢	生年月日		
	受診者氏名	(個人番号)				年 月 日		
	受診者住所	〒 -			電話番号	( )		
	申請事由(該当にマル)	新規申請 ・ 再認定(更新) ・ 病院変更 ・ 薬局変更 ・ その他( )						
保護者	フリガナ				年齢	生年月日		
	保護者氏名	(個人番号)				年 月 日		
	保護者住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ		受診者との関係	電話番号	( )		
健康保険の情報	保険証の情報	種別(該当にマル) 国保・社保 後期高齢	記号	番号	保険者番号	保険者名		
	受診者と同一健保に加入している世帯員全員(受診者を除く)	氏名				氏名		
		生年月日	年 月 日	個人番号		生年月日	年 月 日	個人番号
		氏名				氏名		
		生年月日	年 月 日	個人番号		生年月日	年 月 日	個人番号
		氏名				氏名		
		生年月日	年 月 日	個人番号		生年月日	年 月 日	個人番号
負担額に関する事項	特定疾病受療証の有無	有 ・ 無	※「有」の場合はコピーを添付してください。					
	障害年金等の有無	有 ・ 無	※市民税非課税世帯の方のみ記入が必要です。 ※「有」の場合は保護者の収入金額の分かる書類を添付してください。					
指定医療機関名	医療機関名			所在地・電話番号				
	《病院名》			〒 - TEL ( )				
	《院外処方のある場合は薬局名》			〒 - TEL ( )				
	《育成医療で訪問看護を受ける場合は事業者名》			〒 - TEL ( )				