

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）				
※1				
受診者	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳
	フリガナ 受診者住所	鹿児島市	電話番号	
	個人番号			
保護者	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	記号・番号	記号	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
身体障害者手帳 番号 ※5				
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 ※6				
<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、決定にあたっては、課税資料の閲覧に同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">申請者住所</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">鹿児島市長 殿</p>				

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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○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○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 身体障害者手帳の交付を受けている場合に記入してください。
- ※6 再認定又は変更の方のみ記入。

-----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

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	
備考			