様式第85条（第29条関係）

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

申請の種類に○をつける。

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	シモツケ　イチコ 下野　市子	性別	男・女	年齢	8　歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成　20 年　1 月　10 日
	フリガナ 受診者住所	シモツケシイシバシ 下野市石橋５５２－４				電話番号	0285-52-1112
	個人番号	○　○　○　○　○　○　○　○　○　○　○　○					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	シモツケ　タロウ 下野　太郎				受診者との関係	父
	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	○○○ー△△△△△	保険者名	◇◇◇◇◇健康保険組合			
	受診者と同一保険の加入者	下野　太郎、下野　花子					
	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 □□□□□病院 ▽▽▽▽▽薬局				所在地・電話番号 下野市○○○△△△ー△ 0285ー○○ー×××× 下野市○○○□□ー□ 0285ー××ー○○○○	
受給者番号　※5							
治療方針の変更		有　・　無	診断書の添付	有　・　無			

医療を受ける方

医療を受ける方のマイナンバー（12桁）を記入。

医療を受ける方の被保険者証の記号・番号を記入する。

医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。

医療を受ける方と同一保険に加入している方全ての氏名を記入。

医療を受ける方と同一の保険に加入している全員のマイナンバー（12桁）を記入。

複数申請するのであれば、全て記入する。

既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入する。

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、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、下野市が世帯員の課税台帳等を確認することをに同意します。

申請者氏名　下野　太郎　（下野）印　※6

保護者の氏名を記入。

平成　○○ 年　○○ 月　○○ 日

下野市長　殿

※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　再認定または変更の方のみ記入。
※６　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。

記入例

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		
備　考					