

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		生年月日	年	月	日	年齢	歳	
	氏名								
	居住地	〒 朝霞市	障害者手帳番号						
			個人番号						
保護者	氏名		続柄						
	居住地	〒 朝霞市	個人番号						
			電話						
健康保険	被保険者証の記号・番号	記号	番号	保険者名					
	同一保険の加入者								
受給者番号※2				治療方針の変更※3			有・無		
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等を含む。）	医療機関の名称		所在地・連絡先						
	(病院・診療所)		-----						
	(薬局等)		-----						
	(訪問看護事業者等)		-----						
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。									
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>朝霞市長 宛</span> <span>申請者氏名 (署名又は記名押印)</span> </p>									

※1 新規・再認定・変更のいずれかに○を記入

※2 再認定又は変更の方のみ記入。

※3 変更の方のみ記入。

事務処理欄（申請者は記入しないでください。）

所得区分	生保 ・ 中国 ・ 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
------	--------------------------------------	--------	--------

※ 申請受付時に健康保険証のコピーをとること。

※ 腎臓障害で透析治療が必要な場合は、特定疾病療養受療証のコピーをとること。