

自立支援医療費（育成医療）支給認定(変更認定)申請書

本人	フリガナ			性別	年齢	生年月日	
	氏名	(姓)	(名)	男・女	歳	年 月 日	
本人	フリガナ					個人番号	
	住所					電話番号	
						()	
保護者	フリガナ			生年月日	本人との関係		
	氏名	(姓)	(名)	年 月 日	父・母・その他()		
	フリガナ					個人番号	
	住所 ※1					電話番号 ※1	
				()			
保護者の被保険者証の 記号および番号		記号		番号		保険者 番号	
保護者と同一保険の 加入者氏名および個人番号		氏名		個人番号			
		氏名		個人番号			
		氏名		個人番号			
		氏名		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	該当・非該当	
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 ※4							
税情報取得の同意欄	私は、練馬区が税情報を取得することについて <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません						
私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条第1項の規定により上記のとおり、 自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。 年 月 日 申請者氏名 _____ ※5 練馬区長 殿							

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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 再認定の方のみ記入する。
- ※5 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。

ここから下の欄には記入しないでください。

職員記入欄 **本人確認済**

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	区市町村民税課税証明書 区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()		
疾病コード		補装具	有・無 新規・継続
前回認定期間	年 月 日～ 年 月 日	入院	日 通院 回 日
初回交付日	年 月 日	受給者番号	
交付日	年 月 日	認定期間	年 月 日～ 年 月 日