

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			年 齢		生 年 月 日	
	氏名	(姓)	(名)	歳		年 月 日	
	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 ☐ 同意します。 ☐ 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 _____ 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。

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