

様式第18号（第13条関係）

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）*1				
受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名	個人番号：	歳	年 月 日
	居住地	〒	電話番号	
保護者 （※受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		受診者との関係	
	氏名	個人番号：		
	居住地*2	〒	電話番号*2	
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		保険者名	
	受診者と同一保険の加入者（個人番号）	個人番号：		
	該当する所得区分	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
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		所在地・電話番号	
受給者番号 *3				
（宛先）狭山市福祉事務所長 上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者氏名				

- *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○を付けてください。
- *2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- *3 再認定又は変更の方のみ記入してください。

-----ここから下の欄には記入しないで下さい。-----

福祉事務所記入欄

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	
所得確認書類	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 市町村税課税状況確認書 生活保護受給世帯の証明書 個人番号が確認できる書類 その他収入等を証明する書類（年金証書、振込通知書、手当証書、）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					