|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成医療）支給認定（変更）申請書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　診　者 | フリガナ | |  | | | | | 性別 | | 年齢 | | 生 年 月 日 | | |
| 受診者氏名 | |  | | | | | 男・女 | | 歳 | | 年　　月　　日 | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 受診者住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 保　護　者 | フリガナ | |  | | | | | | | 受診者との続柄 | |  | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | |
| 個人番号 | |  | | | | | | | 電話番号 | |  | | |
| 住　　　所 | | 〒 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | |
| 同一  保険の加入者 | フリガナ |  | |  | | | | |  | | |  | |
| 氏名 |  | |  | | | | |  | | |  | |
| 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 | | | | | | | | 高額治療  継続者 | | | 該当・非該当 |
| 身体障害者手帳番号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 受診を希望する指定  自立支援医療機関  （薬局及び訪問看護  事業者を含む。） | | | 医療機関名 | | | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| 病院・  診療所 |  | | | | |  | | | | | |
| 病院・  診療所 |  | | | | |  | | | | | |
| 薬局 |  | | | | |  | | | | | |
| 訪問看護事業者 |  | | | | |  | | | | | |
| 受給者番号 | | |  | | | 有効期限 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  　播磨町長　様  　　　　　　年　　月　　日  申請者氏名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | |

　注１　保護者の住所及び電話番号の欄は、受診者と異なる場合に記入してください。

　　２　受給者番号の欄は、現に育成医療の受給者証の交付を受けている場合に記入してください。