様式第4号の2（第6条関係）　　（別紙１）

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 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 平成　年　月　日
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※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（保険証交付機関名）				
	受診者と同一保険の加入者						
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 ※4	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・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 ※5							

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　印 ※6

平成　　年　　月　　日

福井県知事　様

※1　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○をする。変更の場合、受診者の欄お変更のある事項のみ記入。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。
※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　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5　再認定または変更の方のみ記入。
※6　申請者氏名については、申請者が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。 ----------

保健所記入欄

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	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 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（　　）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
経由保健所名		保険者証確認	