

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）

※ 該当する新規、再認定、変更のいずれかに○をしてください。
変更の場合、受診者欄及び変更のある事項のみ記入してください。

(宛先)	京都市長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区	申請者の氏名 フリガナ	
電話 — —	(受診者との関係：)	

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項の規定により自立支援医療（育成医療）の支給を申請します。								
受 診 者	フリガナ	年齢		歳		生年月日		
	氏名					年 月 日		
	個人番号							
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			電話番号	— —		
保 護 者	フリガナ	受診者 との関係		生年月日		年 月 日		
	氏名					<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日	
	個人番号							
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			電話番号	— —		
負 担 額 に 関 す る 事 項	生活保護の受給の状況		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	保険種別	健保・共済・国保・その他()		
	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名			
	被保険者名				<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり			
	受診者と同一保険の加入者	フリガナ 氏名	続柄		フリガナ 氏名	年 月 日		続柄
		生年月日 年 月 日			生年月日 年 月 日			
		個人番号			個人番号			
		フリガナ 氏名	続柄		フリガナ 氏名	年 月 日		続柄
		生年月日 年 月 日			生年月日 年 月 日			
		個人番号			個人番号			
	身体障害者手帳番号	第 号						
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関種別		医療機関名		所在地・電話番号			
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所				電話 — —			
	<input type="checkbox"/> 薬局							
	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者							
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所				電話 — —			
	<input type="checkbox"/> 薬局							
<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者								
受給者番号	※ 再認定又は変更の方のみ記入してください。							

注 該当する□には、レ印を記入してください。