

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 電話 - -	申請者の氏名 フリガナ (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				
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		生年月日	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	()	続柄
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日	
		個人番号			個人番号		
	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	()	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 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業者		電話	-	-		
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業者		電話	-	-		
	<input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業者		電話	-	-		
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 該当する口には、レ印を記入してください。