

# 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<br>京都市 区<br>電話 - - | 申請者の氏名<br>フリガナ<br>(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 |   |  |  |            |   |       |  |  |  |
|   | 個人番号   |                                 |   |  |  | 生年月日       | 年 月 日                                     |       |  |  |  |
|   | 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 |  |  |            |   |       |  |  |  |
|   | 加入医療保険   | 被保険者名                           |   |  |  |            | 受診者との続柄                                   |       |  |  |  |
|   |  | 保険種別                            | 健保 ・ 共済 ・ 国保 ・ その他 ( )                                |  |  |            | 受診者の記号及び番号                                |       |  |  |  |
|   |  | 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                                    | ( )   |  |  |  |
|   |  | 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                                    | ( )   |  |  |  |
|   |  | 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<br><input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護事業者 |                                 |   |  |  | 電話 - -     |   |       |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 病院・診療所<br><input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護事業者 |                                 |   |  |  | 電話 - -     |   |       |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 病院・診療所<br><input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護事業者 |                                 |   |  |  | 電話 - -     |   |       |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 病院・診療所<br><input type="checkbox"/> 薬局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護事業者 |                                 |   |  |  | 電話 - -     |   |       |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 病院・診療所<br><input type="checkbox"/> 薬局<br><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、し印を記入してください。