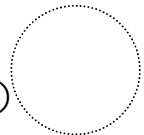


自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）



.....年.....月.....日

西宮市保健所長 様

申請者 住所 〒.....

氏名 .....

電話番号 (.....).....

私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等を西宮市が確認することに同意します。また、提出した意見書等に不備があった場合に、西宮市より医療機関に確認することに同意します。保護者の市民税が非課税である場合には、収入の状況を申告します。なお、西宮市が収入状況が確認できる資料の提出を必要とする場合は、これに応じることに同意します。

受診者	フリガナ名			性別		年齢	歳	生年月日
	個人番号							年月日
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ					電話番号	
保護者	フリガナ名						受診者との続柄	
	個人番号							
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ					電話番号	
健康保険証	受診者の保険証の記号及び番号			保険者名				
	受診者と同一保険の加入者			受診者と同一保険の加入者の個人番号				
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				
	病院・診療所							
	病院・診療所							
	薬局							
再認定・変更の場合に記入	訪問看護事業者							
	受給者番号			有効期限	年月日			
委任状	私は育成医療給付申請に係る一切の権限を 受任者.....続柄（.....）に委任します。 委任者.....（自署）							

----- 自治体記入欄：ここから下の欄は記入しないでください -----

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	該当・非該当
<input type="checkbox"/> 申請者の本人確認 個人番号カード・運転免許証・被保険者証・旅券 官公署等が発行する証明書（氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの）			