

第 23 号様式(第 13 条関係)

戸田市自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1				
障 害 者 ・ 児	フリガナ		生 年 月 日	年 齢
	受診者氏名	個人番号:	年 月 日	歳
	フリガナ		電 話 番 号	
	受診者住所			
満 受 診 者 が 18 歳 未 成	フリガナ		受診者との 続 柄	
	保護者氏名	個人番号:		
	フリガナ		電 話 番 号	
	保護者住所			
関 負 担 す る 事 項 に	受診者の被保険者証の 記号及び番号		保険者名	
	受診者と同一保険の 加入者	個人番号:		
	該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続 ※2	該当・非該当
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 ※3				
<p>上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 申請者氏名(署名又は記名押印)</p> <p>戸田市長</p>				

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更(自己負担限度額・指定医療機関の変更認定申請の場合)のいずれかに○をする。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 再認定又は変更の方のみ記入をする。

同 意 書	
<p>自立支援医療費の支給認定に当たり必要があるときは、私及び私の世帯員(以下「私達」という。)の市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課その他官公署に照会することに同意します。</p> <p>また、照会をするに当たり、関係する担当課その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 申請者氏名(署名又は記名押印)</p> <p>戸田市長</p>	

戸田市記入欄 ここから下の欄には記入しないでください。

申請受付年月日		進達年月日		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		
備考					