別記様式第１号

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〕　※１

受診者	フリガナ	ニイガタ　タロウ	年齢	生年月日
	氏名	新潟　太郎	５歳	令和２年　３月　１０日
	個人番号	12345678910	電話番号	（　025　）　226−1205
	住所	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1-602-1		
保護者	フリガナ		個人番号	受診者との続柄
	氏名	新潟　一郎	23456789101	父
	住所（受診者と異なる場合記入）	〒 同上		―
負担額に関する事項	受診者の健康保険証の記号及び番号	○○○　△△	名	××保険組合
	受診者と同一保険の加入者	花子、一子		
	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

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
	○○○病院 △△△調剤薬局	新潟市中央区紫竹山３−１１ 新潟市中央区白山浦２−１２

受給者番号（再認定・変更のみ記入）		手帳番号（変更のみ記入）	

私は，上記のとおり，自立支援医療費の支給を申請します。

R2　年　○　月　○　日

申請者　氏名　新潟

（自署もしくは記名押印）

受診者との続柄　父

住所

（受診者と異なる場合記入）

（宛先）新潟市長

受診者の保険証の被保険者を記載してください。

同じ保険に入っている方は、すべて記載をお願いします。

意見書を記載した医療機関名
調剤薬局を使用する予定の方は

高額療養費を申請日から1年の間に3回以上受けたj方は、「該当」に

※１　新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする
※２　裏面のチェックシートを参照し，該当する箇所に○をする。

---------- *ここから下の欄には記入しないでください* ----------

新潟市記入欄

受給者番号		自己負担上限額		円		
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	保険種別	社会保険・国民健康保険	
市町村税 均等割額	円	収入等の状況 ※	所得	円		
市町村税 所得割額	円		年金・手当	円		
所得確認書類	システム確認（税・国保・生保等参照）　平成　年　月　日　確認印					
	その他収入等を証明する書類（　）					

※市町村民税非課税の場合で収入がある場合