

福岡市自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1												
フリガナ 受診者氏名						年齢	歳	生 年 月 日				
								年 月 日				
フリガナ 受診者住所						電話番号						
個人番号												
フリガナ 保護者氏名						受診者との関係						
フリガナ 保護者住所						電話番号	（受診者の電話番号と異なる場合のみ記入） ※風間連絡のとれる番号					
		（受診者の住所と異なる場合のみ記入）										
保護者個人番号									□			
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号					保険者等の名称	社保 国保 生保					
	受診者と同一保険の加入者 ※2											
	特定疾病受領証の有無	有 ・ 無		※「有」の場合は写しを添付してください。								
	障害年金等の有無	有 ・ 無		※市民税非課税世帯の方のみ ※「有」の場合は保護者の収入金額の分かる書類を添付してください。								
身体障害者手帳番号						等 級		1 級 ・ 2 級				
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						
						（県外の医療機関のみ記入）						
受給者番号 ※3												
福岡市長 殿 年 月 日												
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。												
申請者氏名 _____												

代理人記載欄（手続きに来られた方が、申請者と異なる場合は以下の代理人の欄を記載してください。）

フリガナ 代理人氏名					申請者との関係	
フリガナ 代理人住所					電話番号	（受診者の住所と異なる場合のみ記入）
	（受診者の住所と異なる場合のみ記入）					

- ※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 医療を受ける方の同一保険に加入している方全ての氏名を記入。
- ※3 再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 承認の始期は原則として申請日からとなります。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

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	
本人確認書類	〈1点確認書面〉 □個人番号カード □住基カード（写真付） □運転免許証、運転経歴証明書 □旅券 □身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳 □在留カード、特別永住者証明書 □その他（ ） 〈2点確認書面〉 □住基カード（写真なし） □公的医療保険・被保険者証 □年金手帳 □児童扶養手当証明書、特別児童扶養手当証書 □その他（ ） □その他（ ）			

こども未来局受付印	申請受付日 (区受付印)	第 号
		進達年月日
		年 月 日
		経由責任者
		福岡市 保健福祉センター所長

年 月 日	所 長	課 長	係 長	係 員

こども未来局あてに進達してよろしいか。