

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	(受診者の住所と異なる場合のみ記入)		電話番号	(受診者の電話番号と異なる場合のみ記入) ※屋間連絡のとれる番号	
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		<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 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。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 申請者氏名 _____ </div>					

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	(受診者の住所と異なる場合のみ記入)		電話番号	(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> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード（写真付） <input type="checkbox"/> 運転免許証、運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身障手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <2点確認書面> <input type="checkbox"/> 住基カード（写真なし） <input type="checkbox"/> 公的医療保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証明書、特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 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	所長	課長	係長	係員
月				
日				

こども未来局あてに進達してよろしいか。