

自立支援医療費（育成医療）支給認定（変更）申請書				
受診者	フリカ、ナ		年齢	生 年 月 日
	受診者氏名			
	個人番号			
	受診者住所		電話番号	
受診者が18歳未満の場合	フリカ、ナ		受診者との続柄	
	保護者氏名			
	個人番号			
	保護者住所 ※1		電話番号 ※1	
負担額に関する事項	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			
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者	該当・非該当
身体障害者手帳番号			特定疾病療養受領証	有・無
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			
	訪問看護事業者			
受給者番号 ※2		有効期限		
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>兵庫県知事 様</p> <p>令和 年 月 日 申請者氏名 ※3</p>				

依 頼 書	
宝塚市長様	
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民税等の調査を依頼します。	
令和 年 月 日	
申請者氏名 ※3	

※1 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※2 受給者番号の欄は、現に育成医療の受給者証の交付を受けている場合に記入してください。
 ※3 保護者