

別記第15号様式（第10条関係）

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）										
受診者	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日
	氏 名									年 月 日
	居 住 地							電 話	局 番	
	個 人 番 号									
保護者	フリガナ							受診者との関係		
	氏 名									
	居 住 地							電 話	局 番	
	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および番号					保険者名				
	受診者と同一保険の加入者の氏名および個人番号									
	該当する所得区分	生保・支援給付・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	
身体障害者手帳番号										
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局および訪問看護事業者等を含む。）		名 称				所在地および電話番号				
受 給 者 番 号										
自立支援医療費の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。 年 月 日 函館市長 様 住 所 申請者 氏 名 電 話 局 番										

注 1 保護者欄は、受診者が児童の場合に記入してください。

注 2 該当する所得区分欄および重度かつ継続欄は、別紙記載要領を参照のうえ、該当する区分を○で囲んでください。

注 3 受給者番号欄は、再認定または変更の申請の場合に記入してください。