

第15号の2様式 (第17条関係)

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書

本人	フリガナ			年齢	歳	生 年 月 日
	氏名	(姓)	(名)			年 月 日
住所	フリガナ	郵便番号 -			電話番号	( )
	住所	板橋区	丁目	番 号	個人番号	
		団地・アパート マンション・荘			様方	
保護者	フリガナ			生年月日	年 月 日	本人との関係
	氏名	(姓)	(名)			父・母・その他( )
住所 ※1	フリガナ	郵便番号 -			電話番号 ※1	( )
	住所 ※1				個人番号	
保護者の健康保険等の記号及び番号	記号		番号		保険者番号	
保護者と同一保険の加入者						
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 ※3	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		
受給者番号 ※4						
<p>私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条第1項の規定により上記のとおり、自立支援医療費(育成医療)の支給を申請します。</p> <p>年 月 日 (宛先) 東京都板橋区長</p> <p>申請者氏名 _____</p>						

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 再認定の方のみ記入する。

健康推進課受理年月日	健康福祉センター受付年月日
年 月 日	年 月 日
	板・上・赤・志・高

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

板橋区記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	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
今回所得区分	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
所得確認書類	市町村民税又は特別区民税課税証明書 市町村民税又は特別区民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( )				
疾病コード			補装具	有・無	新規・継続
前回認定期間	年 月 日	～	年 月 日	入院 日	通院 回 日
初回交付日	年 月 日		受給者番号		
交付日	年 月 日		認定期間		年 月 日 ～ 年 月 日