

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 氏名	イタバシ (姓) 板橋	ジロウ (名) 次郎	年齢	○歳	生年月日 平成○年○月○日
	住所 ※1	郵便番号 ○○○-○○○○ 板橋区 ○○○ 丁目 ○○番 ○○号 △△ 団地(アパート) □□号 マンション・荘 様方		電話番号	○○○(○○○○)○○○	
保護者	フリガナ 氏名	イタバシ (姓) 板橋	タロウ (名) 太郎	生年月日	S○○年○月○日	本人との関係 父・母・その他()
	住所 ※1	郵便番号 ○○○-○○○○ 板橋区 ○○○ 丁目 ○○番 ○○号 △△ 団地(アパート) □□号 マンション・荘 様方		電話番号 ※1	○○○(○○○○)○○○	
保護者の健康保険等の 記号及び番号	記号	○○○○○○○○○		番号	○○○○○	
保護者と同一保険の 加入者	板橋 桃子、板橋 次郎		※個人番号の記入ができない場合でも空欄のままです。 その際は、職員へ記入できない旨申し出願います。			
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 ○○病院			所在地・電話番号 ○○県○○市○○△丁目○番○号		
受給者番号 ※4						

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。

令和○年 ○月 ○日
(宛先) 東京都板橋区長

申請者氏名 板橋 太郎

- ※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。

こちらには何も記入しないでください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

こちらには何も記入しないでください。