

自立支援医療費（育成医療）支給認定（変更）申請書

受診者	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名							明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
	受診者住所	〒			電話番号						
					個人番号						
保護者	フリガナ					受診者との 続柄					
	氏名										
	住所 ※ 1	〒									
	電話番号 ※ 1				個人番号						
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	フリガナ									
		氏名									
	個人番号										
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（薬局を含む）	医療機関名					所在地					
	病院・診療所										
	薬局										
受給者番号 ※2				有効期限 ※2	年 月 日						

上記のとおり、自立支援医療（育成医療）の支給認定を申請します。  
 申請にあたって、認定決定に必要な場合に限り、私及び家族の住民基本台帳、市民税課税台帳、公的年金の加入状況等について、官公署に対して調査を行うこと、および決定内容について指定医療機関に対して情報提供することに同意します。また、支給認定に当たっては、自立支援医療（育成医療）意見書（平成25年3月31日以前に兵庫県へ提出をした自立支援医療（育成医療）意見書を含む。）を市立芦屋病院へ提出することに同意します。

芦屋市長 宛

令和 年 月 日

申請者氏名

印 ※3

- ※1 保護者の住所及び電話番号の欄は、受診者と異なる場合に記入してください。
- ※2 受給者番号及び有効期限の欄は、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 申請者の氏名を本人が自筆する場合は、押印を省略することができます。