

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	イタバシ	ジロウ	年齢	〇歳	生 年 月 日
	氏名	(姓) 板橋	(名) 次郎			平成〇年 〇月 〇日
住所	郵便番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇			電話番号	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	住所	板橋区 〇〇〇 丁目 〇〇 番 〇〇 号 △△ 団地・アパート マンション・荘 〇〇 号 〇〇 号 様方	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
保護者	フリガナ	イタバシ	タロウ	生年月日	S〇〇年〇月〇日	本人との関係
	氏名	(姓) 板橋	(名) 太郎			父・母・その他()
住所 ※1	郵便番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇			電話番号 ※1	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	住所 ※1	板橋区 〇〇〇 丁目 〇〇 番 〇〇 号 △△ 団地・アパート マンション・荘 〇〇 号 〇〇 号 様方	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
保護者の被保険者証の記号及び番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇		番号	〇〇〇〇〇	保険者番号
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も申請ができます。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			所在地・電話番号		
	〇〇病院			〇〇県〇〇市〇〇△丁目〇番〇号		
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>令和〇年 〇月 〇日 (宛先) 東京都板橋区長</p> <p>申請者氏名 板橋 太郎</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。

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。