

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
	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	受診者の被保険者証等の記号および番号		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					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>函館市長 様</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話 局 番</p>					

- 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。
- 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。
- 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。