

様式第21号（第22条関係）

自立支援医療費（育成医療）支給認定（変更認定）申請書

鳥取市長 様

次のとおり自立支援医療費（育成医療）の支給認定（変更認定）を申請します。

また、自立支援医療費の支給認定（変更認定）の決定のため、私の世帯及び私と同一の保険の加入者の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請年月日 令和 年 月 日

受診者	フリガナ		生年月日	
	受診者氏名	個人番号：	年 月 日	
	フリガナ		電話番号	
受診者住所				
保護者	フリガナ		続柄	
	氏 名	個人番号：		
	住 所			
健康保険	受診者の被保険者等の記号及び番号		保険者名	
	受診者と同一保険の加入者			
身体障害者手帳番号			交付日	
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				

（注）変更の場合は、医療受給者証を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者（保護者） <input type="checkbox"/> 申請者（保護者）以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	電話番号		