

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定（変更認定）申請書

(宛先)

倉吉市福祉事務所長

申請者 氏 名

㊞

次のとおり自立支援医療費の支給認定（変更認定）を申請します。

申請年月日 年 月 日

障害者・児	受診者氏名		歳	生年月日	
				年	月 日
受診者が未満の場合 歳	受診者 所				
	者氏名		受診者との関		
負担額に関する事項	受診者の 者 の		者名		
	受診者との 者 の		受診者の する 者 の		
	する 所	生	・	・	・
障害者					
受診を する 定自立支援医療 関（ ・ 事 者 を ）	医療 関名		所 ・		
受給者					

受診者 と る場合に し 。  
 変更の の し 。  
 氏名を自 する場合に を する とが る。  
 変更の場合 自立支援医療受給者（更生医療・育成医療）を 申請し 。

市

申請受 年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日
所	生	・	・
所	生	・	・
所 認書	市 書 市 書 負担額 額認定 生 受給 の 書 の を する書（ ）		
の受給者		の受給者	