様式第15号

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書類等送付票

区保健福祉センター　　令和　　年　　月　　日送付

次のとおり送付します。

Ｎｏ	区分	疾患群	受診者氏名
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

※　「区分」には、以下の１～５で該当するものを記入してください。
１　新規申請　　２　再認定申請　　３　変更申請　　４　変更の届出　　５　補装具費請求
６　その他（　　）

※　「疾患群」には、以下の１～８で該当するものを記入してください。
１　肢体不自由　　２　視覚障がい　　３　聴覚、平衡機能障がい　　４　音声、言語、そしゃく機能障がい
５　心臓障がい　　６　腎臓障がい　７　その他内臓障がい　　８　免疫の機能障がい