

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名				年	月
	フリガナ		電話番号			
	受診者住所					
個人番号						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係			
	保護者氏名					
	フリガナ		電話番号	※2		
保護者住所						
保護者個人番号						
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者					
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
	該当する所得区分	※3		生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上	重度かつ継続	※4
身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号				
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	※5					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>（あて先）松本市長</p> <p style="text-align: center;">_____年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">_____</p>						

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日		
前回所得区分	生保 ・ 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	
今回所得区分	生保 ・ 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	
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定証	
	生活保護受給世帯の証明書		その他収入等を証明する書類（ _____ ）			
前回の受給者番号			今回の受給者番号			
備考						