

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	ふりがな		年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名				年	月	日		
	ふりがな		電話番号						
	受診者住所								
	個人番号								
受診者が18歳未満の場合	ふりがな		受診者との関係						
	保護者氏名								
	ふりがな		電話番号 ※2						
保護者住所 ※2									
	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	該当
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									