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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　　 | 年齢 |  歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  |   | 年　　月　　日 |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 受診者住所 |  |
| １月１日現在居住していた区市町村（長岡市以外の場合のみ記入） | 　　　　　　都 道　　　　　　　　　区 市 府 県　　　　　　　　　町 村 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ保護者氏名 |  | 受診者との関係 |  |
|  |
| フリガナ保護者住所※2 |  | 電話番号※2 |  |
| 　　　　　　　（１月１日現在区市町村：　　　　　　） |
| 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 |  |
| 受診者と同一の保険に加入する者の名前及び個人番号 | 名前 | 個人番号 | 1月1日現在区市町村 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 該当する所得区分　 | 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 |
| 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(薬局及び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※3 | 　  |
| 　上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。　　　　　　　　　　年　　　月　　　日申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　長岡市長　様 |

注　※1　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　受給者本人と異なる場合に記入。

　　※3　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 | 　 | 負担上限額 | 　 | 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 |
| 所得確認書類 | 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 | 　 |