

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)			都道府県		区市町村		
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						
	保護者個人番号		(1月1日現在区市町村:)		電話番号 ※2		
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	
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	
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				