

自立支援医療費(育成)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※該当する新規・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。																	
受診者	フリガナ									年齢	生 年 月 日						
	氏 名									歳	年 月 日						
	住 所	〒								電 話 番 号							
	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																
	保護者住所	〒								□受診者と同じ						電 話 番 号	
	保護者個人番号																
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号								保険者番号					保険種別			
									保険者名								
	受診者と同一保険の加入者	氏名							個人番号								
該当する所得区分									重度かつ継続								
身体障害者手帳番号								受給者番号									
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									
備 考																	
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																	
申請者氏名 年 月 日 長泉町長 殿																	

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
- ※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- 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					