

|                                                       |                   |    |  |  |  |  |       |                 |        |  |         |         |  |      |  |  |
|-------------------------------------------------------|-------------------|----|--|--|--|--|-------|-----------------|--------|--|---------|---------|--|------|--|--|
| 自立支援医療費(更生)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              |    |  |  |  |  |       |                 |        |  |         |         |  |      |  |  |
| 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。

※ 「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<br>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      |                                                                         |       |          |        |          |