

自立支援医療費支給認定申請書										区分 ※1	新規・再認定・変更
障 害 児	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名									年 月 日	
	受診者住所					電話番号					
	個人番号										
保 護 者	フリガナ					受診者との関係					
	氏名					電話番号 ※2					
	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 の加入者氏名・ 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 ・ 非該当			
身体障害者手帳番号	(等級 級)	精神障害者保健 福祉手帳番号				特定疾病療養受療証		有・無			
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 style="text-align: center;">申請者氏名 印 ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先)長崎市長</p>											

- ※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○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※6 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で記入してください。

----- 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		
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					