

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

障 害 児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日		
	受診者住所					電話番号			
保 護 者	フリガナ 氏 名					受診者との 関係			
	住 所 ※2					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				
	受診者と同一保険 の加入者								
	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(育成医療)の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※6</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>長崎市長 様</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 再認定また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	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						