

申請の内容に  
○をつける **育成医療**

医療を受ける者の名前を記入		自立支援医療費支給認定申請書				新規・再認定・変更						
障害児	フリガナ	ナガサキ ハナコ				生年月日						
	受診者氏名	長崎 花子				平成〇〇年△△月××日						
	受診者住所	長崎市〇〇町△△番××号				電話番号 095-〇〇〇-△△△△ 080-××××-□□□□						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
保護者	フリガナ	ナガサキ ハナオ				受診者との関係						
	氏名	長崎 花男				父						
	住所※2	長崎市△△町××番地				電話番号※2 095-△△△-×××× 090-〇〇〇〇-△△△△						
保護者個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
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	123 45678				〇〇〇〇組合						
	受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号	長崎 花男 (234567890123)		長崎 花美 (912345678901)		受診者が加入している保険者名を記入		該当すると思われる区分を記入				
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・ <b>中間1</b>				重度かつ継続※4 該当・ <b>非該当</b>						
	身体障害者手帳番号	123456789(等級1級)		精神障害者保健福祉手帳番号		987654321		特定疾病療養受療証		有・ <b>無</b>		
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				手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入							
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事務所				長崎市〇〇町△△番××号 095- 長崎市△△町××番〇〇号 095- 長崎市××町〇〇番△△号 095-000-0000							
受給者番号※5	〇〇〇〇〇〇〇											
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 長崎 花男 <b>印</b> ※6												
平成 〇〇 年 △△ 月 ×× 日												
(あて先)長崎市長 様												

- ※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 市町村住民税課税証明書		市町村住民税非課税証明書		標準負担額減額認定証
前回の受給者番号			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					