

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

〒

住 所

申請（保護）者 氏 名

電話番号 （ ）

下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

なお、申請にあたり、負担上限月額の見込みのため、私及び世帯員の所得及び市町村民税課税状況等の情報を調査することに同意します。

申請区分 (該当に○)		新規・再認定・変更	受給者番号 (新規申請は不要)		
受 診 者	ふりがな			生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日 (満 歳)	
	個人番号				
保 護 者	住 所 ※1			電話 番号 ※1	
	氏 名			受診者 との関 係	
	個人番号				
負 担 額 に 関 する 事 項	住 所				
	加入医療保険の 記号及び番号			保険者の名称	
	受診者と同一 保険の加入者				
該 当 す る 所 得 区 分 ※2	該当する所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			
		高額治療継続者			
		医 療 機 関 名		所在地・電話番号	
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)					
身体障害者手帳番号 ※3			精神障害者保健福祉 手帳番号 ※3		

注 ※1 保護者と異なる場合のみ記入

※2 チェックシート等を参照し、該当すると思う区分に○をする。

※3 受診者が交付を受けている場合のみ記入

(添付書類) 1 自立支援医療（育成医療）意見書

2 受診者の保険証の写し

3 世帯調書（国民健康保険に加入している場合のみ）

4 自立支援医療受給者証（支給認定の変更を行う場合のみ）

5 個人番号の確認できる書類

6 申請者の身元の確認できる書類（代理人申請の場合は（7））

（7）代理人による申請の場合、委任状及び代理人の身元の確認できる書類

番号確認：個人番号カード 通知カード （ ） 代理人：委任状
身元確認：個人番号カード 運転免許証 パスポート （ ）