

フリガナ	ナガオカ タロウ		年齢	△ 歳	生年月日							
受診者氏名	長岡 太郎		年齢	令和 ○年 △月 ×日								
フリガナ	ナガオカシオオテドオリ		② 医療を受ける方の氏名・住所・生年月日・電話番号・1月1日時点で居住していた区市町村を記入									
受診者住所	長岡市大手通○-△-×											
1月1日現在居住していた区市町村(長岡市以外の場合のみ記入)			新潟	都道府県	新潟 区市町村							
個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
受診者が18歳未満の場合	受給者の個人番号を記入		ナガオカ イチロウ		受診者との関係		父					
	フリガナ 保護者氏名		長岡 一郎		電話番号		③ 保護者氏名等を記入					
	フリガナ 保護者住所 ※2		保護者住所・電話番号は、受給者本人と異なる場合のみ記入 (1月1日現在区市町村:)		保護者の個人番号を記入							
保護者個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	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	123456-789			保険者名	〇〇健康保険組合						
	受診者と同一の保険に加入する者の名前及び個人番号	名前		個人番号		1月1日現在区市町村						
		長岡 花子		7654321656		新潟市						
	医療を受ける方と同一の保険に加入している方全ての氏名・個人番号・1月1日時点居住の区市町村を記入		受診者の加入保険の記号番号・保険者名を記入									
該当する所得区分	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						
身体障害者手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号								
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名			所在地・電話番号								
	④ 医療機関を記入			複数申請するのであれば、すべて記入								
受給者番号※3												
上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。 ○年 ○月 ○日												
長岡市長 様	申請者氏名 長岡 一郎											

注 ※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○をする。
 ※2 受給者本人と異なる場合に記入。
 ※3 再認定または変更の方のみ記入。

保護者氏名・日付を記入

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	負担上限額		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 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				