

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1

フリガナ				年齢	歳	生年月日			
受診者氏名						年 月 日			
フリガナ				電話番号					
受診者住所									
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)					都道府県		区市町村		
個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係				
	フリガナ 保護者住所※2				電話番号				
	(1月1日現在区市町村:)								
	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		
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				
受給者番号※3					特定疾病療養受療証		有 ・ 無		
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 申請者氏名 長岡市長 様									

注 ※1 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○をする。

※2 受診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。

----- 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 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					