

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

〒 380-0928

住所 長野市若里6丁目6番1号

申請（保護）者 氏名 健康 太郎

電話番号 026（226）9963

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、負担上限月額の見積りのため、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	けんこう はなこ		生 年 月 日	
	氏 名	健 康 花 子		平成20年1月1日 (満 12 歳)	
	個人番号	0123 4567 8901			
保護者	住 所 ※1			電話番号 ※1	
	氏 名	健 康 太 郎		受診者との関係	父
	個人番号	2345 6789 0123			
負担額に関する事項	住所	長野市若里6丁目6番1号			
	被保険者証の記号及び番号	1 2 3 4 5 6 7		保険者の名称	〇〇〇健康保険組合
	受診者と同一保険の加入者	健康 太郎、健康 桜子、健康 一郎			
該当する所得区分 ※2	生保・低1・低2・中間1		中間2	一定以上	高額治療継続者 ※2
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	
	〇〇〇〇病院			〇〇市〇〇〇〇番地 △△△-△△△△	
	〇〇〇〇薬局			〇〇市〇〇〇〇番地 △△△-△△△△	
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 世帯調書

3 受診者の保険証の写し

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 受診者及び保護者（申請者）の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