

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）														
受診者本人	フリガナ							年齢	歳	生年月日				
	氏名									年 月 日				
	住所	〒 長井市						電話番号						
	個人番号													
保護者（申請者）	フリガナ							本人との関係						
	氏名									電話番号 ※1				
	住所 ※1	〒												
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	記号		番号			保険者名							
	受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号													
	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							重度かつ継続※2		該当・非該当			
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						
	医療機関名													
	薬局等 （院外処方のみ記入）													
治療開始予定日	年 月 日			受給者番号		（再認定又は変更の方のみ記入）								
変更事項 （変更申請の場合のみ記入）	<input type="checkbox"/> 医療機関変更 <input type="checkbox"/> 医療の具体的方針の変更 <input type="checkbox"/> 期限延長 <input type="checkbox"/> 自己負担上限月額の変更													
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 併せて、①認定にあたり必要な場合は、長井市が私及び私の属する世帯員の収入状況及び医療保険の加入状況について調査することに同意します。 （同意しない場合は、二重線で消してください。） （同意しない場合は、世帯全員の課税（非課税）証明書の添付が必要です。） ②認定結果情報及び自立支援医療費受給者証記載事項について、上記記載の受診を希望する指定自立支援医療機関に情報提供することに同意します。 （同意しない場合は、二重線で消してください。） 長井市福祉事務所長 宛 _____ 年 _____ 月 _____ 日 保護者（申請者）氏名 _____														

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

※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。

----- 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				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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証		
世帯確認書類	被保険者証等		住民票		その他（		
前回の受給者番号				今回の受給者番号			