

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書

年 月 日

長野市長 様

〒 ー

住 所

申請(保護)者 氏 名

印

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。

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 氏 名	-----	性 別	生 年 月 日
	個人番号		男・女	年 月 日 (満 歳)
	住 所 ※1		電話番号 ※1	
保 護 者	氏 名		受診者との関係	
	個人番号			
	住 所			
負 担 額 に 関 する 事 項	被保険者証の 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	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者 ※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	
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

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 ()