

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規) 再認定

① 申請の内容に○

フリガナ	ナガオカ タロウ		年齢	〇〇歳		昭和33年 3月 3日						
受診者氏名	長岡 太郎											
フリガナ	ナガオカシオオテドオリ											
受診者住所	長岡市大手通1丁目4番地10											
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)			〇〇	都道府県	〇〇	区市町村						
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	受診者の個人番号を記入										
	フリガナ 保護者住所※2	1月1日の住所地が長岡以外の場合は記入										
	保護者個人番号	受診者の加入保険の記号番号・保険者名を記入										
負担額に関する事	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						
	受診者との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 二郎			123456789012			〇〇県〇〇市				
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(薬局及び訪問看護ステーションを含む)	〇〇病院 △△薬局				所在地・電話番号							
	複数申請するときは、全て記入				長岡市〇〇-〇〇 長岡市△△-△△							
受給者番号※3	既に受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入				特定疾病療養受療証 所有の有無を記入							
					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。 令和〇年 〇月 〇日												
長岡市長 様						申請者氏名 長岡 太郎						

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
 ※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。

受診者氏名を記入

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	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										