

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）

令和 年 月 日

長洲町長 中 逸 博 光 様

申請者氏名

印

（申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。）

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

フリガナ											生 年 月 日			
受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	明治 大正 昭和 平成	年 月 日					
受診者住所							電話番号							
個人番号														
フリガナ														
保護者氏名							受診者との関係							
保護者住所 ※1							電話番号 ※1							
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									
	受診者と同一保険の加入者													
	受診者と同一保険の加入者個人番号													
	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 ※3		該当 ・ 非該当		
	申請者の収入※4 障害年金等※5・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当・退職所得													
身体障害者手帳の有無	有 ・ 無				身体障害者手帳番号									
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							
受給者番号 ※6														

令和 年 月 日

長洲町長 中 逸 博 光 様

私の属する世帯の課税状況について、地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

申請者氏名

印

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 申請者の収入に○をする。
- ※5 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金。
- ※6 再認定、変更の方のみ記入。