

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1

障害者・児	フリガナ							生年月日			年齢	歳
	受診者氏名							明治 大正 昭和 平成 令和	年	月		
	フリガナ							電話番号				
	受診者住所											
個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係				
	保護者氏名											
	フリガナ							電話番号 ※2				
	保護者住所											
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①							受診者と同一保険の加入者個人番号①				
	受診者と同一保険の加入者②							受診者と同一保険の加入者個人番号②				
	受診者と同一保険の加入者③							受診者と同一保険の加入者個人番号③				
	受診者と同一保険の加入者④							受診者と同一保険の加入者個人番号④				
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続※4			該当・非該当	
身体障害者手帳記号及び番号				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・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 ※5												
<p>私は上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>（宛先）松本市長</p>												

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更のいずれかへ○をする。障害者・児及び変更のある事項のみ記入。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3・※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入

..... ここから下の欄には記入しないでください

市記入欄

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	
所得確認方法	個人番号	市町村民税課税証明書 世帯の証明書	市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額均等認定証	生活保護受給
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考					