

フリガナ	ナガオカ タロウ						年齢	△ 歳	生年月日 令和 ○年 △月 ×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						② 医療を受ける方の氏名・住所 ・生年月日・電話番号等を記入					
受診者住所	長岡市大手通○-△-×											
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)							都道府県	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 保護者氏名	ナガオカ イチロウ						受診者との関係	父			
	フリガナ 保護者住所 ※2	長岡 一郎						電話番号 ※2	③ 保護者氏名等を記入			
	保護者個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9
負担額に関する事	受診者の加入医療保険の記号及び番号	1 2 3 4 5 6 — 7 8 9					保険者名	○○健康保険組合				
	受診者と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 花子				765432165678		新潟市				
								④ 医療機関を記入				
医療を受けている方と同一の保険に加入している方全ての氏名・個人番号・1月1日時点居住の区市町村を記入							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(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名						所在地・電話番号					
	④ 医療機関を記入						複数申請するとき、全て記入					
受給者番号※3												
上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。 ○年 ○月 ○日												
長岡市長 様							申請者氏名	長岡 一郎				

注 ※1 新規・再認定・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)のいずれかを行う。

※2 受給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。

保護者氏名・日付を記入

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	負担上限額			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					