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) ※1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 年齢 | | | | | 歳 | | | 生年月日 | | | | | | | |
| 受診者氏名 | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | 年　　月　　日 | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | |
| 受診者住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　　　　　区 市  府 県　　　　　　　　　町 村 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  |  | |  |  | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  |
| 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ  保護者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 受診者と  の関係 | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  保護者住所  ※2 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号  ※2 | | |  | | | | | | | |
| （１月１日現在区市町村：　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 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(薬局及び訪問看護事業者を含む。) | | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | 所在地・電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  申請者氏名  　長岡市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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)のいずれかに○をする。

　　※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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 |  | | | | | | | |