

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		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
受診者が65歳未満の場合	フリガナ	1月1日の住所地が長岡以外の場合は記入				
	保護者住所※2	受診者の加入保険の記号番号 ・保険者名を記入				
	保護者個人番号					
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	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)	複数申請するときは、 全て記入			所在地・電話番号		
	〇〇病院 △△薬局	長岡市〇〇-〇〇 長岡市△△-△△		③ 医療機関を記入		
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 (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		