

| 自立支援医療費（育成医療・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              |                         |  |  |  |               |          | 年齢       | 生年月日  |          |  |  |  |  |
|  | 受診者氏名             |                         |  |  |  |               |          | 歳        | 年 月 日 |          |  |  |  |  |
|  | フリガナ              |                         |  |  |  |               |          | 電話番号     |       |          |  |  |  |  |
|  | 住 所               |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
|  | 個人番号              |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
| 受診者が十八歳未満の場合   | 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             |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
|  | 個人番号              |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
| 負担額に関する事項  | 受診者の加入医療保険の記号及び番号 |                         |  |  |  | 保険者名          |          |          |       |          |  |  |  |  |
|  | 受診者と同一保険の加入者      | 個人番号：<br>個人番号：<br>個人番号： |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
|  | 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 |          |       |          |  |  |  |  |
|  | (医療機関)            |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
|  | (薬 局)             |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
| 受給者番号 ※5   |                   |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |
| 上記のとおり申請します。<br><br>申請者氏名<br>年 月 日<br><br>(宛先) 安曇野市長 |                   |                         |  |  |  |               |          |          |       |          |  |  |  |  |

※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合は、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 再認定又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   | 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<br>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（ 税情報により確認 ） |       |          |        |          |
| 前回の受給者番号 |   |       | 今回の受給者番号 |        |          |
| 備 考      |   |       |          |        |          |