

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）			
障害者・児	フリガナ	マツヤマ イチロウ	
	受診者氏名	松山 一郎	年齢 5 歳 平成 30 年 1 月 1 日
	フリガナ	マツヤマシ〇〇マチ	
受診者が18歳未満の場合	受診者住所	松山市〇〇町1丁目2番地3	089-911-1870
	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
	フリガナ	マツヤマ タロウ	
負担額に関する事項	保護者氏名	松山 太郎	父
	フリガナ	保護者の個人番号(マイナンバー)を記入してください。	
	保護者住所	電話番号	
受診者が18歳未満の場合	保護者個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
	受診者の被保険者証の記号及び番号	12345 678	〇〇健康保険組合
	受診者と同一保険の加入者	松山 太郎	
	受診者と同一保険の加入者個人番号	記入不要です。	
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 ※4	該当・非該当
身体障害者手帳番号	身体障害者手帳をお持ちの方は記入してください。		記入不要です。
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
	〇〇病院 △△薬局		松山市〇〇町×番地 松山市△△町□番地
受給者番号	※5		
備考			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。			
申請者氏名	松山 太郎		※6
	年 月 日		保護者の氏名を記入してください。※申請者氏名の訂正はできません。
	(宛先) 松山市長		

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※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。
- ※6 申請者氏名については、記名又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		
所得確認方法	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		
前回の受給者番号	生活保護受給世帯の証明書 其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					