

| 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 | | ※1 生年月日 |
| | 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 | | |
| | 受診者住所 | 松山市〇〇町1丁目2番地3 | 受診者（お子様）の個人番号（マイナンバー）を記入してください。 | 089-911-1870 日中連絡のとれる電話番号を記入してください。 |
| | 個人番号 | △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | マツヤマ タロウ | | |
| | 保護者氏名 | 松山 太郎 | 受診者（お子様）の保護者を記入してください。（原則、加入している保険の被保険者を記入。松山市に住民票がある方に限る。） 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。 | | 電話番号 ※2 |
| | 保護者住所 ※2 | | | |
| | 保護者個人番号 | △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ 受診者（お子様）が加入している保険者名を記入してください。 | | |
| 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 | 12345 678 | 保険者名 | 〇〇健康保険組合 |
| | 受診者と同一保険の加入者 | 松山 太郎 | 【国民健康保険（国民健康保険組合含む）の場合】同一保険加入者全員（住民票上別世帯の方も含む）の氏名、個人番号（マイナンバー）を記入してください。【その他の場合】被保険者の方の氏名、個人番号（マイナンバー）を記入してください。 | |
| | 受診者と同一保険の加入者個人番号 | 2 3 4 | 記入不要です。 | |
| | 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 |
| 身体障害者手帳番号 | 身体障害者手帳をお持ちの方は記入してください。 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 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 受診を希望される育成医療指定医療機関・指定薬局を記入してください。 | | 松山市〇〇町×番地 松山市△△町〇番地 | |
| 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 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 | | | | | |