

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）										
※1										
障害者・児	フリガナ					年齢	歳	生 年 月 日		
	受診者氏名							明治 大正 昭和 平成 年 月 日		
	フリガナ					電話番号				
	受診者住所									
	個人番号									
受診者が18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 ※2										
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者の 記号及び番号			保険者名						
	受診者と同一保険 の加入者									
	受診者と同一保険 の加入者個人番号									
	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 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					
受給者番号 ※5				変更年月日	令和 年 月 日					
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										
令和 年 月 日										
(宛先) 松山市福祉事務所長										

※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。

-----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										