

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	マツヤマ タロウ					年齢	60歳	生 年 月 日							
	受診者氏名	松山 太郎							明治 大正 昭和 平成	40年	1月	1日				
	フリガナ	マツヤマシニバンチョウ					電話番号	089-948-6936								
受診者住所	松山市二番町4丁目7番地2															
	個人番号	1	2	3	4	5	6	いつでも連絡のとれる連絡先を記入して下さい。					9	0	1	2
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								医療を受ける方が加入している保険証の記号及び番号を記入して下さい。					医療を受ける方が加入している保険者名を記入して下さい。			
負担額に関する事項	受診者の被保険者の記号及び番号	後期の人：123456 社保の人：123456 789 等					保険者名	後期の人：愛媛県後期高齢者医療広域連合 社保の人：全国健康保険協会 愛媛支部 等								
	受診者と同一保険の加入者	松山 花子 松山 一郎					医療を受ける方と同一保険に加入している方全ての氏名を記入して下さい。									
	受診者と同一保険の加入者個人番号	1	2	3	4						8	9	0	1	2	
	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	松山市 第1234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										
	愛媛県立松山病院 調剤薬局まつやま					松山市松山町1番地 089-948-1234 松山市一番町1丁目1番地1 089-948-6936										
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																
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日																
(宛先) 松山市福祉事務所長																
受診者の氏名を記入して下さい。																

- ※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					