

第 2 5 号様式(第 3 4 条関係)

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）													
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									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	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名							
	受診者と同一保険の加入者氏名・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		県・市 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													
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													
(あて先)長崎市福祉事務所長													

※1 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○をしてください。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
※5 再認定又は変更の方のみ記入してください。

----- 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
所得確認書類	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					