

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)※1【記入例】															
障害者・児	フリガナ									性別	男・女				
	受診者氏名	受診者(障害児)本人氏名								生年月日	平成12年3月4日				
	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	年齢	〇歳
	フリガナ	ウエダシオオテ								電話番号	0268-22-4100				
	住所	〒386-0000 上田市大手1-11-16													
受診者が18歳未満の場合	フリガナ									受給者の関係	父又は母など				
	保護者氏名	保護者氏名								電話番号	090-0000-0000				
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	フリガナ	ウエダシオオテ													
	保護者住所※2	〒386-0000 上田市大手1-11-16													
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	記号	番号	保険者名				上田市又は〇〇健康保険協会など							
	受診者と同一保険者の加入者	上記保護者欄記載の者以外に、障害児と同じ健康保健に加入している者													
	受診者と同一保険の加入者個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
	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	長野県 第123456				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				所在地・電話番号										
	県立 こども大病院				安曇野市〇-〇〇 電話〇〇-〇〇〇〇										
受給者番号※5	千曲川薬局 上田店				上田市〇〇-〇〇 電話〇〇-〇〇〇〇										
	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	保護者氏名														
令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日									
(申請先) 上田市長															

※国民健康保険の場合は「世帯全員分」、社会保険・共済等の場合は「受診者と同一の保険加入者」を記入し、併せて、受診者及び保険加入者の保険証の写しを添付してください。

※自立支援医療費(育成医療)の対象となる医療機関及び薬局等のみ有効です。

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更(自己負担)をそれぞれに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入
- ※3 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思うものを○にする。
- ※4 裏面のチェックシートを参照し、該当すると思うものを○にする。
- ※5 再認定又は変更の方のみ記入

【添付書類】申請書に添付して提出する必要がある書類は以下のとおりです。

- 同意書 (税務情報の閲覧及び提供に関する同意書)
- 意見書 (受診先医療機関で作成されたもの)
- 保険証のコピー
- 身体障害者手帳のコピー (住所氏名等の分かる部分及び障害名の部分)

【その他】

- 転入者の場合は、マイナンバーの記載が必須です。