

自立支援医療費(育成・更生)支給認定(変更認定)申請書(新規・再認定・変更)															
障がい者・児	フリガナ					性別	男・女	年齢	歳	※1 生 年 月 日					
	受給者氏名									年 月 日					
	フリガナ	イヨグンマサキョウオオアザ				個 人 番 号									
	住 所	伊予郡松前町大字				電 話 番 号									
歳受給者が未 満の場合18	フリガナ								受診者との関係						
	保護者氏名														
	フリガナ	イヨグンマサキョウオオアザ				個 人 番 号									
保護者住所※2	伊予郡松前町大字				電 話 番 号 ※ 2										
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						受診者の属する被保険者証の記号及び番号								
	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															
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 印 ※6 令和 年 月 日 松 前 町 長 様															

※1 該当する医療の種類及び新規・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、記名押印また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。 -----

町記入欄

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
今回所得分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	
所得確認書類	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					