

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規）再認定・変更 ※1													
障害者・児	フリガナ	フリガナ					生年月日						
	受診者氏名	受診者（障害者）本人					性別	男・女	年齢	50 歳	和暦〇〇年〇〇月〇〇日		
	フリガナ	うえだし おおて											
	受診者住所	上田市大手1-11-16 上田ハイツ101号					電話番号	23-5158					
個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	「通知カード」又は「個人番号カード」に記載された個人番号を記載してください。											
	保護者氏名						保険証記載の記号と番号を記入。 生保受給者で保険証がない人は空欄。			保険証記載の「保険者名」を記入。 個人名が入ることはありません。			
	フリガナ												
負担額に関する事項	保護者住所 ※2												
	保護者個人番号												
	受診者の被保険者証の記号及び番号	記号	番号	000		0000		保険者名	上田市 又は 〇〇健康保険組合〇〇支部				
	受診者と同一保険の加入者	(分らなければ空欄のままで良い)					受診者の属する被保険者証の記号及び番号	(分らなければ空欄のままで良い)					
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	長野県 第 123456 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							
	〇〇病院					上田市中央1-1		22-4100					
△△薬局					上田市中央1-2		22-4111						
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	受診者（障害者）本人					申請日は治療開始日と同日又はそれ以前である必要があり、記入誤りが多いため、空欄のままとしてください。							
令和	年	月	日	(申請先) 上田市長									

※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。

【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
- 特定疾病療養受給者証のコピー（人工透析患者のみ）
- 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。

備	考	本人申請（郵送） ①番号確認（個人番号カード・通知カード・その他） ②本人証明（手帳・運転免許証・その他） 代理申請 ①委任状 ②代理人証明（手帳・運転免許証・その他） ③番号確認（個人番号カード・通知カード）										
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--