

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		性別	男・女	年齢 歳	生年月日
	受診者氏名					大正 昭和 平成 令和
	フリガナ	ナガノケンカミイナグンナカガワムラ	電話番号			
	受診者住所	長野県上伊那郡中川村				
受診者が十八歳未満の場合	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)						
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					
	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(※3)	該当・非該当		
身体障害者手帳番号	長野県第 号	精神障害者保健福祉手帳番号	第 号	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			
			電話 - -			
受給者番号(※4)						
令和 年 月 日						
長野県知事 殿						
中川村長 殿						
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 ⑩ (自筆の場合は押印不要)						

※1 カッコ内の該当するものに○印をつけてください。

※2 受診者本人と保護者の住所が異なるときに記入してください。

※3 裏面のチェックシートをご参照のうえ、該当すると思う区分に○印をつけてください。

※4 再認定又は変更の方のみご記入ください。

(村記入欄)

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	村民税課税証明書・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					