

# 記入例

(表)

項目に沿って記載

A4)

療(育成・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 受診者氏名	<b>マツド タロウ</b> <b>松戸 太郎</b>	年齢	〇〇歳	生年月日	平成〇年 〇月 〇日
	フリガナ 受診者住所	<b>マツドシ〇〇〇</b> <b>松戸市〇〇〇</b>	電話番号	<b>080- 0000-0000</b>		
	個人番号	個人番号(マイナンバー)を記載				
受診者が 18歳未 満の場合	フリガナ 保護者氏名	受診者との				
	フリガナ 保護者住所 ※2	子どもの保険証の被保険者を 記入				
	保護者の個人番号	保険証の保険者名称を記載				
負担額に 関する事 項	受診者の被保険証 の記号及び番号	<b>1111 1234567</b>	保険者名	<b>〇〇〇〇組合</b>		
	受診者と同一保険 の加入者	<b>松戸 花子</b>				
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1				
身体障害者手帳番号						
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						

育成医療の指定がある医療機関を記載。病院・  
薬局・訪問看護それぞれ一つずつ。  
※薬局・訪問看護は利用しない場合は記載不要

氏名を記載して押印

世帯員氏名を記載して押印

自立支援医療費の支給申請に当たり、市長が必要と認めること及び私の属する世帯の世帯員全員に係る松戸市保有の市民税等の課税状況を調査することに同意します。

申請者氏名 **松戸 太郎** 印 (個人番号 **123456789000**)

世帯員氏名 **松戸 花子** 印 (個人番号 **987654321000**)

申請者氏名 **松戸 太郎** 印

世帯員氏名 ( ) 印

世帯員氏名 ( ) 印

※ 同意をしない場合は、申請者と同じ健康保険に加入している世帯員全員の課税証明書を提出してください。  
□未婚(婚姻歴なし)のひとり親世帯であり、みなし寡婦(夫)控除の適用を希望する。

令和 〇年 〇月 〇日  
(宛先) 松戸市長

※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○を付けること。

※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けること。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○を付けること。

※5 再認定又は変更の方のみ記入すること。

※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによることができる

市記入欄（ここから下の欄には記入しないでください。）

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	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					