

(表)

自立支援医療費(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							年齢	歳	生年月日			
	フリガナ 受診者住所							電話番号		年 月 日			
	個人番号												
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 関係					
	フリガナ 保護者住所 ※2							電話番号 ※2					
	保護者の個人番号												
負担額に 関する事 項	受診者の被保険証 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※4		該当・非該当			
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					
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 _____ 年 月 日 (宛先) 松戸市長		自立支援医療費の支給申請に当たり、市長が必要があると認めるときは、私及び私の 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 _____ 印 世帯員氏名 _____ 印 (個人番号 _____) (個人番号 _____) 世帯員氏名 _____ 印 世帯員氏名 _____ 印 (個人番号 _____) (個人番号 _____) ※ 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。											

※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