

記入例

(表)

A4)

項目に沿って記載

自立支援医療(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	マツド タロウ 松戸 太郎		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	マツドシ〇〇〇 松戸市〇〇〇		電話番号	080- 0000-0000		
	個人番号						
受診者が 18歳未 満の場合	フリガナ 保護者氏名						
	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	1111	1234567	保険者名	〇〇〇〇組合		
	受診者と同一保険 の加入者	松戸 花子					
	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)							

個人番号 (マイナンバー) を記載

保険証の保険者名称を記載

更生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

世帯員氏名を記載して押印

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し、世帯員全員の課税状況を確認し、世帯員全員の課税状況が世帯員の収入等の状況に適合していることと同意します。

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

令和 〇年 〇月 〇日

(宛先) 松戸市長

※ 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。

※ 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