

様式第14号 (第14条関係)

塩尻市自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）										
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					年 齢	生 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所					歳	年 月 日			
	個人番号					電話番号				
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 保護者氏名					電話番号				
	保護者個人番号									
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 加入者個人番号	氏名				個人番号				
該当する 所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ 継続	該当・非該当				
身体障害者手帳番号					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					
受 給 者 番 号										
<p>(あて先) 塩尻市長</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印</p>										

(注) 受給者番号は、再認定又は変更の場合のみ記入してください。

(注) 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とする。