

第 21 号様式（第 21 条関係）

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定（新規・再認定・変更）申請書																				※ 1				
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生年月日														
	受診者氏名									年 月 日														
	フリガナ							電話番号																
	住所																							
	個人番号																							
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																
	住所 ※ 2																							
	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 氏名及び 個人番号	氏名					個人番号																	
		氏名					個人番号																	
		氏名					個人番号																	
		氏名					個人番号																	
	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※ 5						障害等級					特定疾病療養受療証				有 ・ 無									
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 ※ 6																								
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 ㊞ ※ 7																								
年 月 日																								
香芝市福祉事務所長 様																								

※ 1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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○をする。
※ 2 受診者本人と異なる場合に記入。※ 3 該当すると思われる区分に○をする。※ 4 該当すると思われる区分に○をする。
※ 5 身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入。※ 6 再認定又は変更の方のみ記入。
※ 7 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こと。

-----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		判定年月日		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					