

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			生 年 月 日						
	受診者氏名							歳			年 月 日						
	フリガナ							電話番号									
	住 所																
	個人番号																
未 満 の 場 合 保護者（受診者が18歳未満の場合）	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 ※ 3			該当 ・ 非該当						
身体障害者手帳番号※ 4						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 ※ 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 _____ 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 記入不要です。
※ 4 身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入。
※ 5 再認定又は変更の方のみ記入。

-----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					