

様式第 21 号 (第 14 条関係)

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) ※1														
障害者・児	フリガナ							性別	年齢	生年月日				
	受診者氏名							男・女	歳	年 月 日				
	フリガナ							電話番号						
	住所													
	個人番号													
受診者が十八歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係						
	保護者氏名								電話番号 ※2					
	フリガナ													
	保護者住所													
	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:						
	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				
身体障害者手帳記号及び番号								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							
	(医療機関)													
	(薬局)													
受給者番号 ※5														
上記のとおり申請します。														
申請者氏名 年 月 日 印 ※6														
(宛先) 安曇野市長														

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更のいずれかに○をする。変更の場合は、障害者・児及び変更のある事項のみ記入。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3・※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入
- ※6 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとする。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

市町村記入欄

申請受付年月日		進達年月日		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	市町村村民税課税証明書 市町村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 (税情報により確認)				
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考					