

様式第21号

自立支援医療費(更生)支給認定(新規・継続・変更認定)申請書 ※1														
障害者・児	フリガナ						性別		男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名											明治昭和	大正平成	年 月 日
	受診者住所・電話番号	〒									電話番号		—	
	既存の受給者番号(現在お持ちの証)						既存の受給者番号の有効期限(現在お持ちの証)		平成		年		月	
未診者が 場合1 8歳	フリガナ								受診者との関係					
	保護者氏名													
保 険 事 項 に 関 す	受診者の被保険者証の記号・番号						保険者名							
	受診者と同一保険の加入者													
特 例 世 帯	下記のいずれの条件にも当てはまり、受診者(及びその配偶者)のみの世帯とすることを申請する場合は○をつけてください。 ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者となっていない													
月 額 負 担 上 限 額 に 関 す る 事 項	下記の1～5のいずれかにあてはまるものがあれば○をつけてください													
	生保	受診者が生活保護受給世帯に属する												
	低1	受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入(障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む)が80万円以下(受診者が18歳未満の場合は、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下)												
	低2	受診者が住民税非課税世帯に属し、低1以外の者												
	中間1	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円未満												
	中間2	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円以上23万5千円未満												
	一定以上	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が23万5千円以上												
上記中間1、中間2または一定以上を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○をつけてください(該当がない場合は記入不要です)														
	同一世帯で、過去12か月以内に高額療養費の支給を4回以上受けている													
	腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害 に該当する													
身体障害者手帳番号							精神障害者手帳番号							
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) ※現在、利用されている医療機関等	医療機関名					所在地・電話番号								
						(—)								
						(—)								
						(—)								
砂川市長 様										平成 年 月 日		受付欄		
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							印		※2					

※1 変更(自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定)の場合、受診者欄及び変更のある欄の全て記入。

※2 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。