

様式第24号 (第14条第1項関係)

自立支援医療費（育成）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 （個人番号）		男・女		歳	年 月 日			
	受診者住所		〒			電話番号			
受診者が 歳未満の場合	フリガナ					受診者との 関係			
	18 保護者氏名 （個人番号）		（				電話番号		
	保護者住所※2					※2			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証 の記号および番号		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		
身体障害者手帳番号			精神障害者保健 福祉手帳番号		特定疾病療養受 給者証				
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 ※6				私は、自立支援医療の支給申請にあたり、当該支給決定に必要な市民税課税等の情報を確認することに同意します。 申請者氏名					
年 月 日 草津市福祉事務所長 宛				年 月 日 草津市福祉事務所長 宛					

※1 該当する医療の種類および新規・再認定・変更（自己負担限度額および指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をしてください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。

※5 再認定または変更の方のみ記入してください。

※6 申請者氏名については、記入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。 -----

市役所記入欄

申請受付年月日		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	個人番号 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			