

様式第5号(第12条関係)

福祉医療費請求書(連名簿)													医 療 機 関 コ ー ド			
事業区分 処理区分 社保用 年 月 日 分下記のとおりに請求する。						医 療 機 関 地 称 者 氏 名							⑤ 点 数 表 区 分			
区 分	受給者氏名		保険者番 号	公費番号①	公費受給者番号①	診療年月	給付 割合	本 家	日 数	請求点数	一部負担金	公費分点数①	公費対象患者 負担額①	長	公	科別 番号
	性別	生年月日		配 号	番 号					(柔整の場合は合計)	(柔整の場合は一部 負担金)	公費分点数②	公費対象患者 負担額②			
2																
3																
4																
5																
6																
合					計	件	数									

様式第5号(第12条関係)

[illegible]

別添 8－1
様式第 1 号（第 2 条第 1 項関係）

施設助産申込書

年 月 日

草津市福祉事務所長 宛

妊産婦 住所

氏名

施設助産を次のとおり申し込みます。

希望する助産施設名	第一希望	
	第二希望	
出産予定日	年 月 日	
施設助産の実施を必要とする理由		

○妊産婦の家庭の状況

	ふりがな 氏名 個人番号	妊産婦 との 続 柄	生年月日	性別	職業	課税の有無		備考
						本年度分 市町村民税	前年度 所得税	
妊産婦の世帯員		本人		女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
生活保護法または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の適用の有無				有（ 年 月 日開始 ）・ 無				
社会保険の加入の有無		有・無	保険の種類			出産一時金の額		
加入状況	被保険者の記号		番号		被保険者名			

備考

- 「施設助産の実施を必要とする理由」の欄は、保健上入院助産を受けることが必要であることについて、その具体的な状況を記入してください。
- 「妊産婦の世帯員」の欄は、妊産婦本人、妊産婦の配偶者および同居している親族の全員について記入するとともに、「性別」および「課税の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 「社会保険の加入状況」の「加入の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 備考欄については、健康状況等入院助産の実施につき参考になるべき事項を記入してください。
- 未成年者については、法定代理人が代わりに記載してください。

別添 8－2
様式第 1 号（第 2 条第 1 項関係）

施設助産申込書

年 月 日

草津市福祉事務所長 宛

妊産婦 住所

氏名

施設助産を次のとおり申し込みます。

希望する助産施設名	第一希望	
	第二希望	
出産予定日	年 月 日	
施設助産の実施を必要とする理由		

○妊産婦の家庭の状況

	ふりがな 氏名 個人番号	妊産婦 との 続 柄	生年月日	性別	職業	課税の有無		備考
						本年度分 市町村民税	前年度 所得税	
妊産婦の世帯員		本人		女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
生活保護法または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の適用の有無				有（ 年 月 日開始 ）・ 無				
社会保険の加入の有無		有・無	保険の種類			出産一時金の額		
加入状況	被保険者の記号		番号		被保険者名			

備考

- 食糧金決定のため、課税台帳および住民基本台帳について、草津市子ども家庭・若者課職員が閲覧することに同意します。**
- | | | |
|----|----|----|
| 氏名 | 氏名 | 氏名 |
| 氏名 | 氏名 | 氏名 |
- 「施設助産の実施を必要とする理由」の欄は、保健上入院助産を受けることが必要であることについて、その具体的な状況を記入してください。
 - 「妊産婦の世帯員」の欄は、妊産婦本人、妊産婦の配偶者および同居している親族の全員について記入するとともに、「性別」および「課税の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
 - 「社会保険の加入状況」の「加入の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
 - 備考欄については、健康状況等入院助産の実施につき参考になるべき事項を記入してください。
 - 未成年者については、法定代理人が代わりに記載してください。

別添 9－1

様式第 2 号（第 2 条第 2 項関係）

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

草津市福祉事務所長 宛

住所

氏名

母子生活支援施設への入所につき次のとおり申し込みます。

入所を希望する母子生活支援施設名	第一希望	
	第二希望	
母子保護の実施を希望する理由		
母子保護の実施を希望する期間	年 月 日	

○入所を希望する世帯の状況

世帯員	ふりがな 氏名 個人番号	続柄	生年月日	性別	職業または就学 の状況等	備考
		本人		女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生活保護法または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の適用の有無			有（ 年 月 日開始 ）・ 無			

備考

- 「母子保護の実施を必要とする理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。
- 「母子保護の実施を必要とする期間」の欄には、母子保護の実施を希望する理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。なお、母子保護の実施期間については、希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者およびその監護する児童全員について記入するとともに、「性別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 未成年者については、法定代理人が代わりに記載してください。

別添 9－2

様式第 2 号（第 2 条第 2 項関係）

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

草津市福祉事務所長 宛

住所

氏名

母子生活支援施設への入所につき次のとおり申し込みます。

入所を希望する母子生活支援施設名	第一希望	
	第二希望	
母子保護の実施を希望する理由		
母子保護の実施を希望する期間	年 月 日	

○入所を希望する世帯の状況

世帯員	ふりがな 氏名 個人番号	続柄	生年月日	性別	職業または就学 の状況等	備考
		本人		女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生活保護法または中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の適用の有無			有（ 年 月 日開始 ）・ 無			

備考

- 「母子保護の実施を必要とする理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。
- 「母子保護の実施を必要とする期間」の欄には、母子保護の実施を希望する理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。なお、母子保護の実施期間については、希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者およびその監護する児童全員について記入するとともに、「性別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 未成年者については、法定代理人が代わりに記載してください。

別添 1 0－1

様式第 4 号（第 3 条第 1 項関係）

施設助産決定通知書

妊 産 婦	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	現 住 所	
	出産予定日	年 月 日
出産給付費		円
助産施設名		
実施期間		年 月 日 ～ （約 日間）
上記のとおり施設助産の実施を決定したので通知します。 年 月 日 様 草津市福祉事務所長 印		
公費負担番号		受給者番号

別添 1 0－2
様式第 4 号（第 3 条第 1 項関係）

施設助産決定通知書

世帯主	氏名			
	生年月日	年 月 日		
妊産婦	現住所			
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	現住所			
	出産予定日	年 月 日		
保険者等の名称		出産給付費		
被保険者証の 記号・番号		円		
助産施設名				
実施期間		年 月 日 ～ (約 日間)		
上記のとおり施設助産の実施を決定したので通知します。 年 月 日 様 草津市福祉事務所長 印				
公費負担番号				受給者番号

別添 1 1－1

様式第 3 号（第 6 条第 2 項関係）

福祉医療費助成制度更新申請書（届出書）

次のとおり、福祉医療費助成制度の更新を申請いたします。

年 月 日
草津市長 宛

申請者	住所	
	氏名	
	電話	

	氏名 個人番号	続柄	生年月日	住所
本人				
配偶者				
扶養義務者				

※扶養義務者欄には、本人の直系血族（親、祖父母、子、孫等）および兄弟姉妹で、主として本人の生計を維持している人を記入してください。

【加入医療保険の内容】				
医療保険加入	記号			番号
	被保険者 （または東母上）	氏名		
		住所		
	保険者 （健康保険組合など）	保険者番号		
保険者名				

※太わくのところのみ、記入してください。

承諾書

今回の福祉医療費助成制度の更新に際し、上記対象者および家族（配偶者、扶養義務者）の所得状況について、
草津市保険年金課長が照会を行うことを承諾します。

草津市長 宛

本人、配偶者または 扶養義務者等	氏名
---------------------	----

この申請書に関する個人情報、福祉医療費助成制度の更新以外の目的には使用しません。

別添 1 1－2

様式第 3 号（第 6 条第 2 項関係）

福祉医療費助成制度更新申請書（届出書）

次のとおり、福祉医療費助成制度の更新を申請いたします。

年 月 日
草津市長 宛

申請者	住所	
	氏名	
	電話	

	氏名 個人番号	続柄	生年月日	住所
本人				
配偶者				
扶養義務者				

※扶養義務者欄には、本人の直系血族（親、祖父母、子、孫等）および兄弟姉妹で、主として本人の生計を維持している人を記入してください。

【健康保険証の内容】				
医療保険加入	記号			番号
	被保険者 （または東母上）	氏名		
		住所		
	保険者 （健康保険組合など）	保険者番号		
保険者名				

※太わくのところのみ、記入してください。

承諾書

今回の福祉医療費助成制度の更新に際し、上記対象者および家族（配偶者、扶養義務者）の所得状況について、
草津市保険年金課長が照会を行うことを承諾します。

草津市長 宛

本人、配偶者または 扶養義務者等	氏名
---------------------	----

この申請書に関する個人情報、福祉医療費助成制度の更新以外の目的には使用しません。

別添 1 2－1

様式第 4 号（第 9 条第 1 項関係）

福祉医療費助成申請書				
草津市長 宛				
年 月 日				
申請者 住所 氏名 印 電話番号 ()				
草津市老人福祉医療費特別助成条例施行規則第 9 条の規定により、福祉医療費の助成をされたく申請します。				
助成申請額	金 円			
受領年月	年 月分（入院・通院）			
受給券	福祉番号 受給者番号			
個人番号				
助成対象者名	生年月日		年 月 日	
保険者名	☐ 社保等 () ・ ☐ 国保 (該当項目に ☒ してください。社保等の場合は保険者名の記載をおねがいします。)			
摘要				
備考				
支払希望機関	銀行	支店 出張所	普通 当座	口座番号
	ふりがな			
算定	※ 預金名義人			
(注) 1. ※印欄は記入しないでください。				
(注) 2. ご本人が署名する場合は、印鑑は不要です。				支給決定額

別添 1 2 - 2

様式第 4 号 (第 9 条第 1 項関係)

福 祉 医 療 費 助 成 申 請 書									
年 月 日									
草津市長 宛									
申請者 住所									
氏名 印									
電話番号 ()									
草津市老人福祉医療費特別助成条例施行規則第 9 条の規定により、福祉医療費の助成をされたく申請します。									
助成申請額		金 円							
受領年月		年 月分 (入院 ・ 通院)							
受 給 券		福祉番号				受給者番号			
個人番号									
助成対象者名		生年月日		年 月 日					
保険者名		☐ 社保等 () ・ ☐ 国保一般 ・ ☐ 退職国保 (該当項目に ☒ してください。社保等の場合は保険者名の記載をおねがいします。)							
摘 要									
備 考									
支払希望機関		銀行		支店 普通 口座番号					
		出張所 当座							
		ふりがな							
		預金名義人							
算定		※							
(注) 1. ※印欄は記入しないでください。		支給決定額							
(注) 2. ご本人が署名する場合は、印鑑は不要です。									

別添 1 3 - 1

様式第 5 号 (第 11 条関係)

福祉医療費請求書 (連名簿)										No. _____									
事業区分 処理区分										医 療 機 関 コ ー ド									
社保用 年 月 分下記のとおり請求する。 年 月 日										点 数 表 区 分									
区 分	受給者氏名		保険者番号	公費番号①	公費受給者番号①	診療年月	給付 割合	本 家	日 数	請求点数 (柔整の場合は合計)	一部負担金 (柔整の場合は一部 負担金)	公費点数①	公費対象患者 負担額①	公費対象患者 負担額②	長	公	科別 番号		
	性別	生年月日	記 号	公費番号②	公費受給者番号②													公費点数②	
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
合 計					件 数														

別添 1 3 - 2

様式第5号(第11条関係)

福祉医療費請求書(連名簿)					事業区分 処理区分		医療機関 所在地 名称 氏名		医療機関コード																				
社保用 年 月 分下記のとおり請求する。 年 月 日																													
区		受給者氏名		保険者番号		公費番号① 公費番号②		公費受給者番号① 公費受給者番号②		請求点数		一部負担金		公費点数①		公費対象患者 負担額①		公費対象患者 負担額②		長 公 科別 番号									
分		性別 生年月日		被保険者証記号		被保険者証番号				診療年月		給付 割合		本 家		日 数		請求点数 ※ 柔軟の場合は合計		柔軟の場合は一部 負担金		公費点数②							

別添 1 4－2

別記

様式第 1 号（第 2 条第 1 項関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書											
草津市福祉事務所長 宛											
次のとおり申請します。											
申請年月日 年 月 日											
申 請 者	フリガナ			生年月日	年 月 日						
	氏 名 (個人番号)	()									
	居 住 地	〒		電話番号							
	フリガナ			生年月日	年 月 日						
支給申請に係る 受取氏名(個人番号)				()		続 柄					
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名					
被保険者証の記号および番号 (※)				保険者名および番号 (※)							
障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援 B 型のサービスを申請する者に限る。） 有 ・ 無											
※ 被保険者証の記号および番号 欄および「保険者名および番号」欄は、障害介護を申請する場合記入すること											
サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効 期間
	利用中のサービスの種類と内容等										
介護保険 サ ー ビ ス		要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・ 要介護		1	2	3	4	5
利用中のサービスの種類と内容等											
市 区 分	サービスの種類										
	介護給付費										
	訓練等給付費										
	申請に係る具体的な内容										
	訪問看護										
	訪問介護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
市 区 分	サービスの種類										
	介護給付費										
	訓練等給付費										
	申請に係る具体的な内容										
	訪問看護										
	訪問介護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										
	訪問看護										

サービス等利用計画または個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・福祉調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見および医師意見書の全部または一部を、草津市長から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設または指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

別添 1 5－1

様式第 6 号（第 2 条第 3 項関係）

療養介護医療受給者証				
公費負担者番号				
公費受給者番号				
支 給 決 定 者	フリガナ			
	居住地			
	フリガナ	生年月日		
	氏名			
	被保険者の 記号および 番号	保険者名お よび番号		
負担上限月額		療養介護医療 (食事医療(生 活療養)を除く)	月額	円
		食事療養(生活 療養)	月額	円
適用期間				
交付年月日				
支給市町村名 および印				

別添 1 5－2

様式第 6 号（第 2 条第 3 項関係）

療養介護医療受給者証				
公費負担者番号				
公費受給者番号				
支 給 決 定 者	フリガナ			
	居住地			
	フリガナ	生年月日		
	氏名			
	被保険者証 の記号およ び番号	保険者名お よび番号		
負担上限月額		療養介護医療 (食事医療(生 活療養)を除く)	月額	円
		食事療養(生活 療養)	月額	円
適用期間				
交付年月日				
支給市町村名 および印				

別添 1 6－1

様式第 1 1 号（第 5 条第 1 項関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

草津市福祉事務所長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日		年 月 日	
フリガナ	氏 名 (個人番号)	生年月日	年 月 日
居 住 地	電話番号		
フリガナ	氏 名 (個人番号)	生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名(個人番号)	続 柄		
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番 号	精神障害者保健 福祉手帳番号	氏名
被保険者の記号および番号 (※)		保険者名および番号 (※)	
※ 「被保険者の記号および番号」欄および「保険者名および番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。			
サレバシ 利用者の状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定 有・無 区分等 非該当 1 2 3 4 5 6 有効 期間	利用中のサービスの種類と内容等
介護保険 サ一ビス	要介護認定 有・無 要介護度 要支援 () ・要介護 1 2 3 4 5	利用中のサービスの種類と内容等	
変更の理由			
区分	サービスの種類	訓練等給付費	申請に係る具体的内容
訪問系 その他	介護給付費	訓練等給付費	
	□居宅介護	□就労定着支援	
	□重度訪問介護	□自立生活援助	
	□同行援護		
	□行動援護		
	□短期入所		
	□重度障害者等包括支援		
	□療養介護	□自立訓練 (機能訓練)	
	□生活介護	□自立訓練 (生活訓練)	
	□宿泊型自立訓練		
居住系	□就労移行支援		
	□就労移行支援 (養成施設)		
	□就労継続支援 A 型		
	□就労継続支援 B 型		
地域相 談支援	□施設入所支援	□共同生活援助 (グループホーム)	
	□地域移行支援		
	□地域定着支援		

主治医(※)	主治医の氏名	医療機関名		
所在地	〒			
	電話番号			
(※) 主治医の欄は、介護給付費または訓練等給付費(共同生活援助)に係るものであつて入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合および日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。)を申請する場合記入すること。				
申請 する 減 免 の 種 別	□ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯 (※) に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額および障害者基礎年金等の収入の合計額が 8 0 万円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯 (障害者:所得割 1 6 万円未満、障害児:所得割 2 8 万円未満) に属する者			
	□ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 (2 0 歳以上の方) (2 0 歳未満の方) 1 療養介護利用者であること (年齢 歳) 1 療養介護利用者であること (年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者			
	□ III 施設入所者 (注) に対する特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 (入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設 (障害者支援施設) (2 0 歳以上の方) (2 0 歳未満の方) 1 施設入所者であること (年齢 歳) 1 施設入所者であること (年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者			
	□ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 (家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
	□ V 生活保護への移行予防措置 (自己負担減免措置、補足給付の特例措置) に関する認定 生活保護への移行予防措置 (□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置) を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。			
	いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。			
	申請書提出者 □申請者本人 □申請者本人以外 (下の欄に記入)			
	氏 名	申請者との関係		
	住 所	〒		
		電話番号		

別添 1 6－2

様式第 1 1 号（第 5 条第 1 項関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

草津市福祉事務所長 宛

次のとおり申請します。

申請年月日		年 月 日	
フリガナ	氏 名 (個人番号)	生年月日	年 月 日
居 住 地	電話番号		
フリガナ	氏 名 (個人番号)	生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名(個人番号)	続 柄		
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番 号	精神障害者保健 福祉手帳番号	氏名
被保険者の記号および番号 (※)		保険者名および番号 (※)	
※ 「被保険者の記号および番号」欄および「保険者名および番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。			
サレバシ 利用者の状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定 有・無 区分等 非該当 1 2 3 4 5 6 有効 期間	利用中のサービスの種類と内容等
介護保険 サ一ビス	要介護認定 有・無 要介護度 要支援 () ・要介護 1 2 3 4 5	利用中のサービスの種類と内容等	
変更の理由			
区分	サービスの種類	訓練等給付費	申請に係る具体的内容
訪問系 その他	介護給付費	訓練等給付費	
	□居宅介護	□就労定着支援	
	□重度訪問介護	□自立生活援助	
	□同行援護		
	□行動援護		
	□短期入所		
	□重度障害者等包括支援		
	□療養介護	□自立訓練 (機能訓練)	
	□生活介護	□自立訓練 (生活訓練)	
	□宿泊型自立訓練		
居住系	□就労移行支援		
	□就労移行支援 (養成施設)		
	□就労継続支援 A 型		
	□就労継続支援 B 型		
地域相 談支援	□施設入所支援	□共同生活援助 (グループホーム)	
	□地域移行支援		
	□地域定着支援		

主治医(※)	主治医の氏名	医療機関名		
所在地	〒			
	電話番号			
(※) 主治医の欄は、介護給付費または訓練等給付費(共同生活援助)に係るものであつて入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合および日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。)を申請する場合記入すること。				
申請 する 減 免 の 種 別	□ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯 (※) に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額および障害者基礎年金等の収入の合計額が 8 0 万円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯 (障害者:所得割 1 6 万円未満、障害児:所得割 2 8 万円未満) に属する者			
	□ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。 (2 0 歳以上の方) (2 0 歳未満の方) 1 療養介護利用者であること (年齢 歳) 1 療養介護利用者であること (年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者			
	□ III 施設入所者 (注) に対する特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 (入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設 (障害者支援施設) (2 0 歳以上の方) (2 0 歳未満の方) 1 施設入所者であること (年齢 歳) 1 施設入所者であること (年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者			
	□ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費 (補足給付) に関する認定 (家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
	□ V 生活保護への移行予防措置 (自己負担減免措置、補足給付の特例措置) に関する認定 生活保護への移行予防措置 (□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置) を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。			
	いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。			
	申請書提出者 □申請者本人 □申請者本人以外 (下の欄に記入)			
	氏 名	申請者との関係		
	住 所	〒		
		電話番号		

別添 1 7-1

様式第 2 4 号（第 1 4 条第 1 項関係）

自立支援医療費（育成・更生）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・児	受診者住所	〒		電話番号					
	フリガナ			受診者との関係					
受診者・児	保護者氏名 （個人番号）	（ ）		電話番号	※2				
	保護者住所※2								
負担額に 関する事項	受診者の被保険者の 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 ※6				
年 月 日					年 月 日				
草津市福祉事務所長 宛					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と

----- 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 備考				今回の受給者番号					

別添 1 7-2

様式第 2 4 号（第 1 4 条第 1 項関係）

自立支援医療費（育成・更生）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・児	受診者住所	〒		電話番号					
	フリガナ			受診者との関係					
受診者・児	保護者氏名 （個人番号）	（ ）		電話番号	※2				
	保護者住所※2								
負担額に 関する事項	受診者の被保険者の 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 ※6				
年 月 日					年 月 日				
草津市福祉事務所長 宛					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と

----- 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 備考				今回の受給者番号					

別添 1 8-1

様式第 2 5 号（第 1 4 条第 2 項関係）

自立支援医療受給者証（育成医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療受給者番号									
受診者	フリガナ							性別	生年月日
	氏 名								
	住 所								
	被保険者の記号 および番号							重度かつ継続	
保 険 者 名									
保 護 者	氏 名							続柄	
	住 所								
対象となる障害名および医療の具体的方針									
公費負担の対象となる障害									
医療の具体的方針									
特定疾病療養受療証									
指定医療機関名	病院・診療所							市所在地・電話番号	
	薬 局							市所在地・電話番号	
	訪問看護事業者							市所在地・電話番号	
	自己負担上限額								
有 効 期 間		から まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 草津市福祉事務所長 印									

別添 1 8-2

様式第 2 5 号（第 1 4 条第 2 項関係）

自立支援医療受給者証（育成医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療受給者番号									
受診者	フリガナ							性別	生年月日
	氏 名								
	住 所								
	被保険者証の記号 および番号							重度かつ継続	
保 険 者 名									
保 護 者	氏 名							続柄	
	住 所								
対象となる障害名および医療の具体的方針									
公費負担の対象となる障害									
医療の具体的方針									
特定疾病療養受療証									
指定医療機関名	病院・診療所							市所在地・電話番号	
	薬 局							市所在地・電話番号	
	訪問看護事業者							市所在地・電話番号	
	自己負担上限額								
有 効 期 間		から まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 草津市福祉事務所長 印									

別添19-1
様式第26号（第14条第2項関係）

自立支援医療受給者証（更生医療）										名称 （病院・診療所・薬局・訪問 看護事業者）		所在地・電話番号	
公費負担者番号													
自立支援医療受給者 番号													
フリガナ										指定 医療 機関			
氏名													
生年月日													
住所													
被保険者の記号 および番号													
保険者名													
保険者（受診者が 18歳未満の場合 合記入）		フリガナ		氏名		続柄		重度かつ継続 公費負担の対 象となる障害 医療の具体的 方針		特定疫病 療養受療 認定 有・無			
自己負担上限額		前頁および上記のとおり認定する。 年 月 日 草津市福祉事務所長											
有効期間		から まで											

自立支援医療受給者証の留意点

1 この受給者証は、自立支援医療（更生医療）を受けるとき、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業者）に毎回提示してください。

2 人工透析を受ける方は、電子資格確認または特定疾病療養受療証により、指定医療機関窓口で特定疾病療養受療の認定を受けていることの確認を受けるとともに、この受給者証を指定医療機関窓口に提出してください。

3 氏名、住所、電話番号、被保険者や世帯の所得などに変更があったときや指定医療機関を変更されたいときなどは、下記のところに変更申請書や変更届を提出してください。添付書類が必要な場合がありますので、あらかじめお問い合わせください。

4 医療の必要なくなった場合は、下記に連絡してください。

5 紛失や破損したときは、下記に連絡してください。

6 その他、ご不明の点がありましたら、下記までお問い合わせください。

申請・連絡先

別添19-2
様式第26号（第14条第2項関係）

自立支援医療受給者証（更生医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療受給者番号									
フリガナ									
氏名									
生年月日								性別	
住所									
受診者									
被保険者証の記号および番号									
保険者名		フリガナ				続柄			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）		氏名							
		住所							
自己負担上限額									
有効期間		から				まで			

名称 (病院・診療所・薬局・訪問看護事業者)	所在地・電話番号	指定医療機関	該当・非該当	特定医療療養受療証	有・無	
						重症かつ継続
						公費負担の対象となる障害
						医療の具体的方針
前頁および上記のとおり認定する。 年 月 日 草津市福祉事務所長						

- 自立支援医療受給者証の留意点
- この受給者証は、自立支援医療（更生医療）を受けるとき、指定医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業者）に毎回提示してください。
 - 人工透析を受ける方は、**この受給者証と併せて、特定疾病療養受療証**を指定医療機関窓口に提出してください。
 - 氏名、住所、電話番号、被保険者証や世帯の所得などに変更があったときや指定医療機関を変更されたいときは、下記のところに変更申請書や変更届を提出してください。添付書類が必要な場合がありますので、あらかじめお問い合わせください。
 - 医療の必要がなくなった場合は、下記に連絡してください。
 - 紛失や破損したときは、下記に連絡してください。
 - その他、ご不明の点がありましたら、下記までお問い合わせください。

申請・連絡先