別記第21号様式（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）　 　　　※ |
| 障害者・児 | ふりがな |  | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 年　　　　月　　　　日　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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） |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 受診者が１８歳未満の場合 | ふりがな |  | 受診者との関係 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 保護者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者住所・電話番号 | 〒電話番号　　　　　　　　　－ |
| 保険に関する事項 | 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 |  |
| 受診者と同一保険加入者個人番号 |  |
| 世帯特例 |  | 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又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 |
|  | （　　　　－　　　　　） |
|  | （　　　　－　　　　　） |
|  | （　　　　－　　　　　） |
| 砂川市福祉事務所長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日私は、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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 受付欄 |
|  |

※　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