

様式第21号（第16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）

受診者	ふりがな	あさひかわ たろう		性別	年齢	生年月日
	氏名	旭川 太郎		男・女	20歳	H1年 4月 1日
	個人番号	123456789012				
	住所	〒070-8525 旭川市6条通9丁目			電話番号	0166-26-1111
保護者	ふりがな			受診者との関係		
	氏名					
	個人番号					
	住所	〒			電話番号	
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	旭 111111		保険者名	旭川市	
	受診者と同一保険の加入者	旭川花子、旭川小太郎（不明の場合、記載不要）				
	該当する所得区分	生保 ・ 低所得1 ・ 低所得2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				
	重度かつ継続	該当 ・ 非該当		「世帯」範囲の特例	申請する	
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			
	〇〇病院		旭川市〇条〇〇丁目〇番〇号 (電話 〇〇〇〇)			
	〇〇薬局		旭川市〇条〇〇丁目〇番〇号 (電話 〇〇〇〇)			
			(電話)			
身体障害者手帳番号	旭川市 〇〇〇〇〇号（※申請時点で手帳を取得していない場合は不要）					
受給者番号	0000001（※新規申請の場合は不要）					
(宛先)旭川市長 年 月 日 自立支援医療費の支給認定を受けたいので、申請します 申請者氏名 旭川 太郎  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> 受診者の名前で記入 印鑑はシャチハタ以外で押印 </div>						

- (注) 1 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。
 2 「保護者」欄の住所及び電話番号は、受診者と異なる場合に記載してください。
 3 「該当する所得区分」欄及び「重度かつ継続」欄は、該当する項目を○で囲んでください。
 4 「「世帯」範囲の特例」欄は、申請する場合に○で囲んでください。
 5 「受給者番号」欄は、再認定の申請の場合に記載してください。