第22号様式（第21条関係）

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（変更認定）申請書

受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	氏名				年　月　日
	フリガナ			電話番号	
	住所				
	個人番号				
保護者	フリガナ			続柄	
	氏名				
	住所			電話番号	
	個人番号				

負担額に関する事項	生活保護	1　非該当　　2　受給中			
	受診者の被保険者記号番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者		世帯の特例	申請する　申請しない	
	受診者の収入等（市町村民税が非課税の場合に記入）	年金（老齢・障害・遺族等）			円
		特別障害者手当	有・無		円
		障害児福祉手当	有・無		円
		経過的福祉手当	有・無		円
		特別児童扶養手当	有・無	有の場合　1・2級	円
		合計			円

身体障害者手帳番号		受給者番号	
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。）	医療機関名	所在地・電話番号	

私は、上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。
また、自己負担額の決定に際し本人及びその世帯に属する者全員の所得及び市道民税の課税状況について、関係機関に対し調査依頼すること、又は担当職員が課税台帳等を調査することに同意します。

年　月　日

千歳市福祉事務所長　　様

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ここから下の欄には、記入しないでください。

千歳市記入欄

障害種別			
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
備考			