

記入例

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定（変更））

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	ナハ タロウ 那覇 太郎	生年月日	平成 元 年 1 月 1 日
	受診者住所	那覇市泉崎1丁目1番1号	年齢	
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	電話番号	0 9 8 - 8 6 7 - 0 1 1 1
	保護者氏名	氏名・住所・生年月日・年齢・性別・電話番号・個人番号（マイナンバー）を記入してください。	受診者との関係	
受診者が18歳未満の場合	保護者住所	※個人番号（マイナンバー）が判らない場合は空欄で結構です。	電話番号	
	保護者個人番号			
負担額に関する事項	受診者の被保険証の記号及び番号	保険者名		
	受診者と同一保険の加入者			
	受診者と同一保険の加入者個人番号			
	該当する所得区分		重度かつ継続	
身体障害者手帳番号		号	精神障害者保健福祉手帳番号	
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名	所在地・電話番号		
	○△□病院 ○△□薬局	令和 3 年 2 月 1 日から利用		
変更する医療機関、薬局を記入して押印してください。 ※医療機関変更の場合は別途意見書が必要です。		利用開始日を記入してください。		
私は、上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。				
申請者氏名		那覇 太郎	氏名・申請日（発送日）を記入してください。	
		令 和 3 年 3 月 1 日		
		那覇市福祉事務所長殿		

※1 受給者本人と異なる場合に記入。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受年月日付		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分				重度かつ継続	
今回所得区分				重度かつ継続	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額証明書 生活保護受給世帯の証明書 その他収入を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備 考					