

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				生年月日				
	受診者住所				年齢				
					電話番号				
	個人番号								
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受給者との関係				
	※1 保護者住所								
	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					
受給者番号									
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 令和 年 月 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					