

第1号様式（第3条関係）

無料低額診療事業調剤処方費助成申請書兼委任状

申請日 年 月 日

那覇市長 様

下記のとおり、無料低額診療事業調剤処方費の助成を申請します。

記

申請者	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	那覇市		
	生年月日	年	月	日
	電話番号			
無料低額診療施設名（病院名）			受診日	年 月 日
有効期限		年 月 日 から 年 月 日 まで		
減免率		5割 ・ 10割（保険有） ・ 10割（無保険）		
助成を受ける薬局名				

※上記記入欄について、申請者本人によりご記入をお願いします。

添付資料	☐ 無料低額診療券 ☐ 那覇市に居住していることを確認できるものの写し（運転免許証、マイナンバーカード等） ☐ 健康保険証の写し（ただし、無保険で、無料低額診療事業の適用を受けている者は除く。） 以上を添付し、助成を受ける薬局に提出してください。
------	---

※なお、当該調剤処方費用について、上記薬局に代理請求及び代理受領を委任します。

※また、本申請に係る個人情報の取り扱いについて、無料低額診療事業所、薬局及び那覇市において、必要に応じ、個人情報を提供することについて同意します。

（申請者）
住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

代筆者 _____ 続柄（ ）