

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								
添付資料	<input type="checkbox"/> 無料低額診療券 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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。							

※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。

※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 _____

代筆者 _____ 続柄 (_____)

※上記氏名欄及び代筆者欄について、本人または代筆者による自筆をお願いします。