

# 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	ナハ タロウ	生年月日	平成元年1月1日
	受診者氏名	那覇 太郎	年齢	
	受診者住所	那覇市泉崎1丁目1番1号	電話番号	098-867-0111
	個人番号	0123 4567 8901		
受診者が18歳未満の場合	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。		受給者との関係
	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	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	令和3年3月1日	氏名・申請日（発送日）を記入してください。	
		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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入を証明する書類（	標準負担額減額証明書	）	
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備考					