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 年齢	
	受診者住所		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		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	
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					