

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）・支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

障害者・児	受診者氏名	年齢	歳	生 年 月 日		
	受診者住所	電話番号		年 月 日		
	個人番号					
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名	受診者との関係				
	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	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名				
	受診者と同一保険の加入者（個人番号）					
	障害年金・遺族年金等の受給の有無 ※2	無 ・ 有	[ 障害年金（ 級） ・ 遺族年金 ]		※年金改定通知書（写）、年金払込通知書（写）を添付	
	特別扶養手当等の受給の有無 ※2	無 ・ 有	[ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ]		※手当の受給者証等確認できる書類の写を持参してください。	
	該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続 ※3	該当 ・ 非該当	
身体障害者手帳番号	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		
受給者番号 ※4						

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名

令和 年 月 日

沖縄市福祉事務所長 様

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。  
 ※2 受診者と同じ保険に加入している方全員が「市町村民税非課税」の場合、ご記入ください。  
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  
 ※4 再認定または変更の方のみ記入。

----- 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

申請受付年月日	進達年月日	認定年月日	
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
備考			