

空白で構いません

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 沖繩 太郎

令和 年 月 日

沖繩市福祉事務所長 様

記入例

- ※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			