

事務処理欄	本人確認欄	1点確認	個番カ	免許証	パスポート	在留カ	永住証	手帳(写真有)
		2点確認	保険証	年金手帳	証書(児扶・特児)	手帳(写真無)	通知書	
	番号確認欄	個番カ	通知カ	住民票	その他(本人同意)			

様式第8号(第10条関係)

自立支援医療費(更生医療・育成医療)支給認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 西尾市長

次のとおり自立支援医療費の支給を申請します。

申請区分		新規・再認定・変更					
受診者	フリガナ						
	氏名						
	個人番号					年齢	歳
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日					
住所				電話番号			
未受診者が場18合歳	保護者氏名				受診者との関係		
	個人番号						
	保護者住所						
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	氏名					
		個人番号					
該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重 度 か 続	該当・非該当	
身体障害者手帳番号	第 号	障害等級	級	特定疾病療養受療証	有・無		
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							
提出申請書	氏名				受診者との関係		
	住所						

申請者及び申請に必要な世帯構成員の個人番号を確認することに同意します。

申請者氏名：