

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(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。 ↓該当を囲む

申請区分		新規・再認定・変更					
受診者	フリガナ	ニシ タロウ					
	氏名	西尾 太郎					
	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				年齢	28 歳
	生年月日	大・昭平・令 5年 4月 1日					
住所	西尾市寄住町下田22番地			電話番号	0563-56-2111		
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	〇〇〇-〇〇〇〇〇		保険者名	西尾市		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	西尾 花子				
		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当	
身体障害者手帳番号	愛知県 第 12345678 号		障害等級	1 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			
	〇〇クリニック			西尾市花ノ木町1丁目〇〇			
	〇〇薬局 西尾店			西尾市花ノ木町2丁目〇〇			
受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇		←再認定・変更の場合は、記入する				
提出申請者	氏名	西尾 太郎			受診者との関係	本人	
	住所	西尾市寄住町下田22番地					

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： 西尾 太郎 ←個人番号関連書類を提示できない場合は、同意署名