

●同一保険の加入者

※自立支援医療費支給認定申請をする場合にご記入ください。

(フリガナ) 氏名	住所
生年月日 年 月 日	
(フリガナ) 氏名	住所
生年月日 年 月 日	
(フリガナ) 氏名	住所
生年月日 年 月 日	

●代理人

代理申請の場合は、以下の□にチェックを入れ、事前に申請者本人が直筆で次の必要事項を記入してください。窓口に代理人の身元確認書類と申請者本人の身元確認書類の写しをお持ちください。

私(申請者)は、本件精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療費の申請を次の者に委任します。

氏名	続柄
住所	電話番号

(ご記入に際しての注意事項)

- 「●申請者」欄及び「●代理人」欄は、自筆による署名でご記入ください。
- 18歳未満の方のご申請の場合、「●申請者」は保護者になります。
- 本同意書による同意が得られない方がいる際は、税関係証明書等の提出が必要となる場合があります。(なお、同意をいただいた場合においても、当市で住民税の課税状況が確認できない方については、税関係証明書等の提出をお願いする場合があります。)
- 「●同一保険加入者」欄は、以下の方についてご記入ください。
 - ・社会保険 : 被保険者名
 - ・国民健康保険 : 同一世帯の国民健康保険加入者

※受診者が18歳未満の場合は、保険の種類に関わらず、保護者及び世帯全員をご記入をお願いします。

※18歳未満で収入のない方は保護者による代筆が可能です。

※遠隔地扶養による同一保険加入者についても記名が必要です。