

自立支援医療支給認定証明

令和 ○年 ○月 ○日

東京都立中部総合精神保健福祉センター所長 殿

下記の内容について、証明願います。

使用目的	障害年金受給申請に必要なため
証明期間	平成28年 から 現在 まで
必要な証明事項	<input checked="" type="checkbox"/> 認定期間 <input checked="" type="checkbox"/> 初回認定開始日 <input checked="" type="checkbox"/> 担当医療機関名 <input checked="" type="checkbox"/> その他（月額自己負担上限額）

自立支援医療受給者

氏名	中部花子		
生年月日	昭和・平成・令和	55年	5月 5日
住所	〇〇区〇〇・・・・・・・・		
電話番号	03 (5555) 5555		
受給者番号	1234567		

申請者 ※本人申請の場合は記載不要です。

氏名	
住所	家族が申請する場合であって、受給者本人が死去しているなど、委任状の提出ができない場合は、確認書類として戸籍抄本を添付してください。
電話番号	
続柄	

※ 代理人申請の場合は委任状が必要です。

職員記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 1号書類	<input type="checkbox"/> 2号書類2点	<input type="checkbox"/> 2号・3号書類2点
------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------