自立支援医療（更生医療）申請にかかる確認事項

愛媛県福祉総合支援センターへ提出する判定依頼書作成のため必要ですので、下記の事項についてご記入をお願いいたします。

（選択肢のあるものは、該当するものに〇をつけてください）

氏　　名	
年金の種類	国民年金（老齢）　・　厚生年金（老齢）　・　国民年金（障害） 厚生年金（障害）　・　その他（　　）
職　　業	ある（職業名：　　）　・　なし
家　　族	【同居家族の氏名を記入してください。同居家族がいない場合は、治療に伴い看護等を行う方の氏名を記入してください。】 本人 妻：
障害・疾患等に関する既往歴	【いつごろから、どのような原因（病気・事故等）で、治療を行うこととなったか、受診した病院、受診時期等を記入してください。】
生育歴・職業歴	【出身地、職業の経歴を記入してください。】 　　市出身。 　　歳から　　歳まで　　で勤務し、退職。 以降は　　をしている。