

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1												
障害者・児	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日				
	受診者氏名							明治 大正 昭和 平成	年	月	日	
	フリガナ			電話番号								
	受診者住所	(〒 —)										
受診者個人番号												
未 満 の 場 合 18 歳	フリガナ			受診者との 関係								
	保護者氏名											
	フリガナ			電話番号 ※2								
保護者住所※2	(〒 —)											
保護者個人番号												
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			保険の 種 類	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、 各種共済(本人・家族)、老保、生保、その他()							
	受診者と同一保険の 加入者個人番号											
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ 継続 ※4		該当 ・ 非該当			
精神障害者保健福祉手帳番号												
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・電話番号							
受給者番号 ※5				受給者証有効期限			年 月 末日					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 また、この申請に関して必要な税情報や手当の受給状況等について、県が市町村の税務局や年金事務所等に確認することに同意 します。</p> <p>申請者氏名 年 月 日 印 ※6</p> <p>精神保健福祉センター所長 様</p>												

- ※1 新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入をする。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入をする。
- ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	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
今回所得区分	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
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定証
その他添付書類	生活保護受給世帯の証明書 其他収入等を証明する書類()				
その他の添付書類	診断書(医療・手帳)	意見書	年金証書・同意書	高額療養費(多数該当)支給証明書	受給者証
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					