

いずれかに○をつけてください。

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	シズオカ タロウ	性別	男・女	年齢	〇〇歳	生年月日	〇〇年△△月××日	
	受診者氏名	静岡 太郎	医療を受ける方の名前を記入してください。		電話番号	〇〇〇-△△△-××××			
	フリガナ	〇〇シム△マチ×パンゴウ	(〒xxx-xxxx)		〇〇市△△町×番□号				
受診者個人番号		受診者本人の個人番号（12桁）1マスに1桁ずつ記入してください。							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	シズオカ イチロウ	受診者との関係	父					
	保護者氏名	静岡 一郎	医療を受ける方が18歳未満の場合のみ記入してください。		電話番号	※2			
	フリガナ	(〒 - )	保護者の個人番号（12桁）を1マスに1桁ずつ記入してください。						
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	13579	被保険者名	〇〇〇〇組合					
	受診者と同一保険の加入者	静岡一郎、静岡花子		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	受診者と同一保険の加入者の個人番号（12桁）を1マスに1桁ずつ記入してください。2人目以降は別紙に記入ください。該当すると思う区分に○をつけてください。							
	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
精神障害者保健福祉手帳番号	該当すると思う区分に○をつけてください。		1234567			手帳をお持ちの方は番号を記入してください。			
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					
	〇〇病院 △△△薬局 □□□訪問看護ステーション			〇〇市△△町×× 〇〇〇-△△△-×××× 〇〇市△△町□□ 〇〇〇-△△△-□□□□ 〇〇市△△町■ ■ 〇〇〇-△△△-■ ■ ■ ■					
受給者番号 ※5	234567	受給者証をお持ちの方はその受給者番号を記入してください。	受給者証有効期限	〇〇年 △月末日					
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、県が市町村の税部局や年金事務所等に確認することに同意します。 申請者氏名 静岡 太郎 印 ※6 〇〇年△△月××日 精神保健福祉センター所長 様									

- ※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		その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									