

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						年齢	歳	生 年 月 日				
	受診者氏名								年 月 日				
	フリガナ						電話番号						
	受診者住所	(〒 —)											
	受診者個人番号												
受診者が18歳未満の場合	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	受診者の加入医療保険の記号及び番号					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				
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。 申請者氏名 _____ 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。

----- 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 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					