

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×パンロゴウ (〒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	(〒 -)						
保護者個人番号		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・非該当				
精神障害者保健福祉手帳番号	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 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					