

関係)

記入例

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1

障害者・児	フリガナ	オオタワラ タロウ										年 齢	生 年 月 日			
	受診者氏名	大田原 太郎										40 歳	S〇〇年 〇月 〇日			
	フリガナ	オオタワラシ ホンチョウ										電話番号	0123-45-6789 090-1234-5678 (連絡のつきやすいもの)			
	受診者住所	大田原市本町〇〇〇〇														
	個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
受診者が18歳未満の場合	ふりがな											受診者との関係				
	保護者氏名															
	ふりがな											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	記号 - 番号					保険者名	(例) 国保:大田原市 社会保険など:〇〇健康保険組合								
	受診者と同一保険加入者	大田原 花子 大田原 与一														
	受診者と同一保険加入者個人番号	2222 2222 2222 3333 3333 3333														
	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			
身体障害者手帳番号							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					
	〇〇医院 △△薬局										大田原市〇〇〇〇 0287-〇〇-〇〇〇〇 大田原市△△△△ 0287-△△-△△△△					
受給者番号 ※5		1234567														
治療方針の変更		有・無					診断書の添付			有・ 無						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																
申請者氏名		大田原 太郎					令和〇年 〇月 〇日					栃木県知事 様				

※1 新規・再認定・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
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 再認定又は変更の方のみ記入

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
所得確認書類	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()	
前回の受給者番号	今回の受給者番号	
診断書の提出	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規	
備考		