

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						年齢	生 年 月 日			
	受診者氏名						歳	明治 大正 昭和 平成	年 月 日		
	フリガナ						電話番号				
	受診者住所	〒									
	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										
	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			
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					
受給者番号 ※5											
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。										栃木県知事	様
申請者氏名		※6			令和	年	月	日			

※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（4枚目）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（4枚目）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）				
備 考					