

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 昭和	大正 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 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（	標準負担額減額認定証		
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					