

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)													
障害者・児	ふりがな	トチギ タロウ						年齢	〇〇歳	※1 生年月日			
	受診者氏名	栃木 太郎								平成〇年〇〇月〇〇日			
	ふりがな							電話番号	TEL***-***-****				
	受診者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宇都宮市〇〇 〇番地〇号 アパート 号室											
	個人番号	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
受診者が18歳未満の場合	ふりがな	トチギ ハナコ						受診者との関係	母				
	保護者氏名	栃木 花子											
	ふりがな							電話番号 ※2	TEL***-***-****				
	保護者住所 ※2	〒〇〇〇-〇〇〇〇 宇都宮市〇〇 〇番地〇号 アパート 号室											
保護者個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		
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	55-5555-55				保険者名	宇都宮市						
	受診者と同一保険加入者	栃木 花子											
	受診者と同一保険加入者個人番号	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	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	(7桁)						
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						〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL***-***-****						
	〇〇薬局						〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL***-***-****						
	〇〇訪問看護ステーション						〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL***-***-****						
受給者番号 ※5		(7桁)											
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 栃木 太郎													
年 月 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を申請する場合)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。

支給認定(再認定・2年目)申請時のみ記載。病態や治療方針に変更がなければ、2回に1回は診断書の省略可。

受診者本人の氏名を記入。
(18歳未満の場合、保護者可)

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			