

## 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）

※該当する新規・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。

受 診 者	フリガナ									年齢	生年月日		
	氏名									歳	年月日		
	住所	〒								電話番号			
	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												
	保護者住所	〒								□受診者と同じ	電話番号		
	保護者個人番号												
負 担 額 に 關 す る 事 項	受診者の加入医療保険の記号及び番号				保険者番号				保険種別				
					保険者名								
	受診者と同一保険の加入者	氏名				個人番号							
該当する所得区分					重度かつ継続			該当・非該当					
精神障害者保健福祉手帳番号					受給者番号								
治療方針の変更	有・無			診断書の添付			有・無						
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						
備考	有効期間短縮の希望：有・無						短縮後の期間の終期：年月末						
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 年月日 新潟県佐渡保健所長 殿													

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。

※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。

※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。

※ 「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。

※ 「治療方針の変更」「診断書の添付」は継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

※ 「診断書の添付」は前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

-----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 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（市町村民税額等証明書）												
前回の受給者番号					今回の受給者番号								
前回の有効期限					月額自己負担上限額			円					
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													