

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																
負担額に関する事項	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		
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			認定年月日	
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					