

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） ※1

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名						大正	昭和	平成	年
	フリガナ		電話番号							
	受診者住所									
個人番号										
受診者が18才未満の場合	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		保険種別 ※3		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 ※4	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			
精神障害者保健福祉手帳番号			手帳有効期限							
受信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	医療機関名			所在地・電話番号					
	薬局									
	その他(訪問看護事業者等)									
受給者番号 ※5				受給者証有効期限						
治療方針の変更 ※6	有・無			診断書の添付 ※6、※7	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 _____ 印 ※8 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 長崎県知事 様										

県審査用

①

- ※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）のいずれかに口囲み、又は○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 健保（本人・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、共済（本人・家族）、老保などの種類を記入。
- ※4 該当すると思う区分に口囲み、又は○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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）
- ※7 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）
- ※8 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。

自治体記入欄

ここから下の欄には記入しないでください。

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 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 ( )			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)・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					