

記入見本

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	コウロウ ハナコ										生 年 月 日						
	受診者氏名	厚労 花子										7歳	明治 昭和	大正 平成	令和	〇〇年	△△月	××日
	フリガナ	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ										電話番号		025-△△△-□□□□				
	受診者住所	新潟市中央区新光町〇-△-×																
受診者個人番号	〇	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	×						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	コウロウ ハナコ										受診者との関係		父				
	保護者氏名																	
	フリガナ	ニイガタシ チュウオウク										電話番号 ※2		025-△△△-□□□□				
	保護者住所 ※2	新潟市中央区新光町〇																
保護者個人番号	〇	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	×						
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	135790										保険者名		〇〇〇〇組合				
	受診者と同一保険の加入者	氏名											個人番号					
		厚労 花男	〇	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	×				
		厚労 花美	〇	〇	〇	〇	△	△	△	△	×	×	×	×				
		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	123456789										精神障害者保健福祉手帳番号		987654321					
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							
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局										新潟市新光町〇〇〇 025-〇〇〇-×××× 新潟市新光町□□□ 025-□□□-××××							
受給者番号 ※5	受診する医療機関・薬局名を記入してください。																	
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無										診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無					
支給認定期間の短縮 ※8	希望する ・ 希望しない										短縮後の支給認定期間の終期 ※8		年 月 末日					
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。														障害・遺族年金等（有・無）				
申請者氏名 厚労 花子												障害・遺族年金等の有無を記入してください。						
令和 〇〇年 △△月 ××日																		
新潟県知事 新潟県〇〇〇保健所長																		

※1 該当する医療の種類及び新規・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。）の方のみ記入する。（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 精神障害者保健福祉手帳と有効期限を統一したい場合などに「希望する」に○をし、短縮後の支給認定期間の終期を記入する。

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	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（ ）			
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	
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				