

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					年齢	歳	生 年 月 日				
	受診者氏名							明治 昭和	大正 平成	令和	年 月 日	
	フリガナ					電話番号						
	受診者住所											
受診者個人番号												
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											
	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	受診者の加入医療保険の記号及び番号					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 ※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							
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						
受給者番号 ※5												
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 年 月 日 新潟県十日町保健所長 殿												

※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		
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					