

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 受診者氏名 | 年齢 歳 | | 生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 | |
| | フリガナ 受診者住所 | | | 電話番号 | |
| | 受診者個人番号 | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ 保護者氏名 | | | 受診者との関係 | |
| | フリガナ 保護者住所 ※2 | | | 電話番号 ※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。 申請者氏名 令和 年 月 日 新潟県知事 新潟県 上越保健所長 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 | | 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 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 | | | |
| 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 | | | | |