

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 申請の内容に○をつける。

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	コウロウ ハナコ 厚労 花子		年齢	7歳	明治 昭和 平成 令和	〇〇年 △△月 ××日
	フリガナ 受診者住所	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ 新潟市中央区新光町〇-△-×		電話番号	025-△△△-□□□□		
	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 保護者氏名	コウロウ ハナオ 厚労 花男		受診者との関係	父		
	フリガナ 保護者住所 ※2	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ 新潟市中央区新光町〇-△-×		電話番号 ※2	025-△△△-□□□□		
	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		被保険者名	〇〇〇〇組合		
	受診者と同保険の加入	氏名	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 〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所		手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入する。 複数申請するのであれば、全て記入する。		所在地・電話番号 新潟市新光町〇〇〇 025-〇〇〇-×××× 新潟市新光町□□□ 025-□□□-×××× 新潟市新光町△△△ 025-△△△-××××		
	受給者番号 ※5		1234567				
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、自立支援医療支給を申請します。		申請者氏名 令和 〇〇年 △ 新潟県知事 新潟県〇〇〇		左で「希望する」と記入した場合に記入。 手帳の有効期限の終期と同じ日を記入する。			
※1 該当する医療の種類及び ※2 受診者本人と異なる場合 ※3 チェックシートを参照 ※4 チェックシートを参照 ※5 再認定または変更の場合 ※6 継続申請（診断書の提出） ※7 前年度（1年目）の申請 ※8 精神障害者保健福祉手帳		【注意】 ※手帳所持者のみ確認のうえ記入する。 平成22年4月1日以降の更新申請を行う際に、次の条件をいずれも満たす場合に限り、受給者証の認定期間を短縮し、手帳の有効期限と終期をそろえることができるようになりました。 （手帳と有効期限の終期を合わせることで、自立支援医療費と手帳の同時申請が可能となります。） 《条件》 ア手帳を診断書（精神障害者保健福祉手帳用）で申請していること。 イ手帳の有効期限が、自立支援医療の再認定を行う時点で1年未満であること。 ※手帳を所持していない方、上記の条件に該当しない方は記入の必要はありません。 ※上記条件の対象者には、別添通知させていただきます。					
自治体記入欄		申請受付年月日		認定年月日			
前回所得区分		生保	重度かつ継続		該当 ・ 非該当		
今回所得区分		生保	重度かつ継続		該当 ・ 非該当		
所得確認書類		明書 標準負担額減額認定証					
前回の受給者番号		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							