

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）

※該当する新規・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○をする。

受診者	フリガナ					年 齢	生 年 月 日	
	氏 名					歳	年 月 日	
	住 所	〒				電 話 番 号		
	個 人 番 号							
未受診者が18歳未満の場合	フリガナ					受診者との関係		
	保護者氏名							
	保護者住所	〒				□受診者と同じ 電 話 番 号		
	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				保険者番号			保 険 種 別
	受診者と同じ保険の加入者	氏 名				個 人 番 号		
該当する所得区分				重度かつ継続				
精神障害者保健福祉手帳番号				受給者番号				
治療方針の変更				診断書の添付				
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			
備考								
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				年 月 日				
茨城県精神保健福祉センター長 殿								

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
- ※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 「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こと。
- ※ 「治療方針の変更」「診断書の添付」は継続申請（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）
- ※ 「診断書の添付」は前年度（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）

----- 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 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 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
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	