

記入例

関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1

障害者・児	フリガナ	オオタワラ タロウ			年齢	生年月日		
	受診者氏名	大田原 太郎			40 歳	S00年 0月 0日		
	フリガナ	オオタワラシ ホンチョウ			電話番号	0123-45-6789 090-1234-5678 (連絡のつきやすいもの)		
	受診者住所	大田原市本町0000						
個人番号								
受診者が18歳未満の場合	ふりがな				受診者との関係			
	保護者氏名							
	ふりがな				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	受診者の被保険者証の記号及び番号	記号 - 番号		保険者名	(例) 国保:大田原市 社会保険など:〇〇健康保険組合			
	受診者と同一保険加入者	大田原 花子 大田原 与一						
	受診者と同一保険加入者個人番号	2222 2222 2222 3333 3333 3333						
	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				
	〇〇医院 △△薬局			大田原市0000 0287-00-0000 大田原市△△△△ 0287-△△-△△△△				
受給者番号 ※5	1234567							
治療方針の変更	有・無			診断書の添付	有・ 無			
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	大田原 太郎			令和〇年 〇月 〇日	栃木県知事 様			

- ※1 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。
- 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 再認定又は変更の方のみ記入

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	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					