

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・転入)^{※1}

障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名				年	月	日
	フリガナ		電話番号				
	受診者住所						
個人番号							
18歳未満の者が場合が	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}						
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						
	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		
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印^{※8}</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">愛媛県知事 様</p>							

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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)・転入のいずれかに○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。(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 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。

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 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() 職権				
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)				
備考					