

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		
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 愛媛県知事 様						

※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)

..... 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					