

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受 歳 未 診 満 の者 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					