

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・転入）※1

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日	
	受診者氏名						年 月 日	
	フリガナ		連 絡 先 (電話番号)					
	受診者住所							
保 護 者	フリガナ		続 柄					
	氏 名							
	フリガナ		連 絡 先 (電話番号)					
	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・連絡先（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 印 ※8 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）
- ※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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（ ）	標準負担額減額認定証 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					