

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）

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												
	受診者居住地														
個人番号															
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係												
	保護者氏名														
	フリガナ		電話番号												
	保護者居住地														
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		保険者名												
	受診者と同一保険の加入者全員の氏名														
	受診者と同一保険の加入者全員の個人番号														
	該当する所得区分	生保	・	低1	・	低2	・	中間1	・	中間2	・	一定以上	重度かつ継続	該当	・
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（薬局及び訪問看護事業者並びに指定居宅サービス事業者を含む。）	医療機関名					所在地・電話番号									
受給者番号															
治療方針の変更	有（診断書の添付が必要） ・ 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。															
年 月 日										申請者氏名					
宮崎県知事										殿					

備考

- 1 新規、再認定又は変更（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○をしてください。
- 2 「保護者居住地」の欄は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 3 「該当する所得区分」の欄は、チェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。
- 4 「重度かつ継続」の欄は、チェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。
- 5 「受給者番号」の欄は、再認定又は変更の方のみ記入してください。
- 6 「治療方針の変更」の欄は、継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。

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			
所得確認方法	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											
前回の受給者番号						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																		