

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）※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名				年齢 歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所					電話番号			
	受診者個人番号								
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2			
	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	氏名				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 (病院名)			所在地・電話番号 (病院所在地・TEL)					
	医療機関名 (薬局名)			所在地・電話番号 (薬局所在地・TEL)					
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				
支給認定期間の短縮 ※8	希望する ・ 希望しない			短縮後の支給認定期間の終期 ※8	年 月 末日				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者氏名 新潟県知事 新潟県新発田保健所長 殿									

※1 該当する医療の種類及び新規・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。）の方のみ記入する。（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 精神障害者保健福祉手帳と有効期限を統一したい場合などに「希望する」に○をし、短縮後の支給認定期間の終期を記入する。

----- 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	到達年月日			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 市町村住民税課税証明書		市町村住民税非課税証明書		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（ ）			
前回の受給者番号				今回の受給者番号		
前回の有効期限				月額自己負担上限額		
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						