

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・再申請・変更）

※1

令和 年 月 日

熊本県知事 様

申請者氏名

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		年齢		生年月日
	受診者個人番号				
受診者が十八歳未満の場合	受診者住所	〒		電話番号	
	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係	
	保護者個人番号				
	保護者住所 ※2	〒		電話番号 ※2	
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			保険者名及び保険者コード	
	保険の種類(○印)	被用者保険（本人・家族）・国民健康保険（世帯主・その他）・後期高齢者医療・生活保護・その他			
	受診者と同一保険の加入者				
	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	
申請者の収入(○印) ※5	障害者年金等※6・特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当・その他収入( )※7				
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) ※8	医療機関名		所在地・電話番号		
現在の受給者番号及び有効期間 ※9	(番号)	(有効期限)	精神障害者保健福祉手帳番号	第 号	
	令和 年 月 日		身体障害者手帳番号		
治療方針の変更 ※10	有 ・ 無	意見書の添付 ※11	有 ・ 無		
備考			診断書の添付 ※11	有 ・ 無	

※1 新規・継続・再申請・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する。

※3 該当すると思う区分に○をする。

※4 該当すると思う区分に○をする。

※5 申請者の収入に○をする。

※6 老齢基礎年金、老齢厚生年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金等

※7 不動産収入、工賃、仕送り等を記入。収入がない場合は、「その他収入(0)」と記入する。

※8 院外処方の場合は、薬局名も記入する。

※9 継続・再申請・変更の方のみ記入する。

※10 病状の変化及び治療方針の変更について、継続申請(意見書又は診断書の提出が2年目のことをいいます。)の方のみ記入してください。

※11 前年度(1年目)の申請書に係る意見書又は診断書の添付状況に○をしてください。

自治体記入欄

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

申請受付年月日	令和 年 月 日	進達年月日	令和 年 月 日	認定年月日	令和 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 その他の収入を証明する証明書 ( )		標準負担額減額認定書
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					