

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<br>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<br>保護者氏名  |   | 受診者との関係       |              |      |
|   | 保護者個人番号  |   |               |              |      |
|   | 保護者住所<br>※2  | 〒   |               | 電話番号<br>※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<br>※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)<br>※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<br>(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<br>生活保護受給世帯の証明書                |       | 市町村民税非課税証明書<br>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      |   |       |                                   |        |            |