管轄市町名（　対馬市　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |  | | | | | | | | | | | | | | 年齢 | | 歳 | | | | 生　年　月　日 | | | | | | |
| 受診者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 大正  昭和  平成  令和 | | | | 年　　月　　日 | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | |
| 受診者住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |  |
| 受診者が１８才未満の場合 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者と  の 関 係 | | | |  | | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号  ※2 | | | |  | | | | | | |
| 保護者住所  ※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 | |  | | | | | | 保険種別  ※3 | | |  | | | | | | | | 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  ※4 | | 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 | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | |  | | | | | | 手帳有効期限 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 受信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 ・ 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医 療  機 関 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬 局 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他  (訪問看護  事業者等) |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号　※5 | | |  | | | | | | | | 受給者証有効期限 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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。  県  審  査  用  ①  　　　　　申請者氏名  　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  長崎県知事　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※１　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）のいずれかに□囲み、又は○をする。

※２　受診者本人と異なる場合に記入。

※３　健保（本人・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、共済（本人・家族）、老保などの種類を記入。

※４　該当すると思う区分に□囲み、又は○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）

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  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 |  | | | | | | | |