

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	医療機関名				所在地・電話番号					
	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。 申請者氏名 令和 年 月 日 長崎県知事 様											

県審査用

①

- ※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) のいずれかに口囲み、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口囲み、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 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証		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					