

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）

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	年齢 歳	生年月日 年 月 日											
	フリガナ 受診者住所		電話番号											
受診者個人番号														
未 満 の 場 合 1 8 歳	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※ 1	電話番号 ※1												
保護者個人番号														
負 担 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 保険に加入す る者の名前及 び個人番号	名前						個人番号						
		-						-						
		-						-						
		-						-						
		-						-						
該当する所得 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				
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						所在地・電話番号							
受給者番号 ※2														
治療方針の変更	有・無		診断書の添付				有・無		※参考：前回添付診断書 ⇒					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 印 ※3</p> <p>年 月 日</p> <p>新潟県知事 新潟県魚沼保健所長 殿</p>														

※1 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※2 受給者番号については、再認定又は変更の方のみ記入。
 ※3 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- 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		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 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証 ）
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					