

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)					※1
障害者・児	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	受診者氏名		男・女	歳	明・大・昭・平・令 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歳未満の場合	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		保険者名		
	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	
身体障害者手帳番号		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 ※5					
治療方針の変更	有・無	診断書の添付	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。					栃木県知事 様
申請者氏名	印 ※6	年 月 日			

※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○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※5 再認定または変更の方のみ記入。

※6 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と。

----- 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	
所得確認書類	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)				
備考					