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)					
障害者・児	ふりがな		年齢	歳	※1 生年月日
	受診者氏名				年
	ふりがな		電話番号		
	受診者住所				
個人番号					
未 満 の 場 合 18 歳 受 診 者 が	ふりがな		受診者との関係		
	保護者氏名				
	ふりがな		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	受診者の加入医療 保険の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険 加入者				
	受診者と同一保険 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。 申請者氏名 年 月 日 栃木県知事 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○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 再認定又は変更の方のみ記入

----- 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					