

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	トチギ タロウ				性別	年齢	生年月日		
	受診者氏名	栃木 太郎				男・女	〇〇歳	明・大・昭・平・令 7年7月7日		
	フリガナ					電話番号	028-673-8785			
	受診者住所	〒329-1104 宇都宮市下岡本町2145-13								
	個人番号	7	7	7	7	7	7	7	7	7
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	555-55555			保険者名	宇都宮市				
	受診者と同一保険の加入者	栃木 一郎、栃木 花子								
	受診者と同一保険の加入者個人番号	222222222222、555555555555								
	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	(記載省略可)			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					
	〇〇クリニック 〇〇薬局 診断書無(2年目) 申請時のみ記載				〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL***-***-**** 〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL***-***-****					
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 栃木 太郎 印 ※6 令和1年7月7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					