

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							性別	男・女	年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名											大正 昭和 平成	年 月 日
	個人番号												
	フリガナ									電話番号			
	受診者住所									電話番号			
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									受診者との関係			
	個人番号												
	フリガナ									電話番号 ※2			
	保護者住所 ※2									電話番号 ※2			
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	氏名	個人番号		氏名	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													
受給者証の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで												
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無						診断書の添付 ※6, ※7	有 ・ 無					
<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 style="text-align: center;">申請者氏名 印 ※8</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">石川県知事 様</p>													
<p>本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や市町村民税等の調査をすることについて 同意します ・ 同意しません</p>													

- ※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○印を付してください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○印を付してください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○印を付してください。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入してください。（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○印を付してください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 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してください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市町記入欄

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	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		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（ ）				
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					