

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)														
愛知県知事殿														
申請者氏名														
次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。														
受診者	フリガナ							年齢	歳	生年月日				
	氏名									年 月 日				
	フリガナ							電話番号						
	住所	〒 -												
個人番号														
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					フリガナ	〒 -							
	保護者の氏名					保護者の住所								
	受診者との関係							保護者の電話番号						
	保護者の個人番号													
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号・番号	記号 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	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					号	希望する支給認定の有効期限				年 月 日まで				
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							治療方針の変更	有・無	前回の診断書の提出		有・無			
添付書類	1 自立支援医療費(精神通院)用診断書(精神障害者保健福祉手帳の交付申請と同時に申請する場合は、手帳用診断書) 2 受診者と同一保険に加入しているすべての者が確認できる被保険者証の写し 3 所得区分を証明する関係書類													
※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		※市町村担当者確認欄				
※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						
※所得確認方法	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 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 ()						※市町村受付欄		※県受付欄					
※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)													
※前回の受給者番号					※今回の受給者番号									
※備考														

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。 2 新規・再認定・変更のいずれかを○で囲むこと。
3 「保護者の住所」欄及び「保護者の電話番号」欄は、受診者本人と異なる場合に記入すること。
4 「該当する所得区分」欄及び「重度かつ継続」欄は、該当するものを○で囲むこと。
5 「精神障害者保健福祉手帳番号」欄は、手帳の交付を受けている場合に記入すること。
6 「受給者番号」欄は、再認定又は変更の場合に記入すること。
7 「治療方針の変更」欄及び「前回の診断書の提出」欄は、前年度に支給認定を受け、当該支給認定の有効期間満了後に引き続き支給を受けようとする場合に記入すること。
8 ※印の欄は、記入しないこと。