

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) ※該当する申請のいずれかに○をする。

受診者	フリガナ											年齢	生年月日		
	氏名											歳	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	フリガナ														
	住所	〒 -													
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														
	保護者住所	〒 -													
	個人番号											電話番号			
	フリガナ														
	保護者個人番号											電話番号			
受診者の被保険者証の記号及び番号	記号						番号						受診者と同一保険の加入者		
受診者と同一保険加入者の個人番号											氏名				
											氏名				
											氏名				
											氏名				
											氏名				
保険者名及び保険の種類 ※保険種別は該当するものを○で囲むこと	保険者名					健保(協会本人・協会家族, 健康組合本人・健康組合家族), 各種共済組合(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族), 船員保険(本人・家族), 後期高齢者 生保(受給中・申請中・福祉事務所名) 労災, その他()									
該当する所得区分	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	所得区分中間1以上の場合 重度かつ継続の判定			該当・非該当					
自立支援医療受給者番号						既存の受給者証の有効期限					令和	年	月	日	
						既存の受給者証の有効期限の変更					令和	年	月	日	
精神障害者保健福祉手帳番号						精神障害者保健福祉手帳の有効期限					令和	年	月	日	
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関等名称										所在地・電話番号				
病院・診療所															
薬局															
薬局															
精神科デイケア															
訪問看護事業者															
その他の医療機関等															
	種類	1. 検査のための医療機関追加 2. 主治医の指示 3. その他() ※ 診断書備考欄に理由の記載があること。記載がない場合は紹介状等の写しを添付すること。													
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						印			※ 申請者は原則受診者であるが、受診者が18歳未満の場合は保護者を申請者とする。記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。						
令和	年	月	日	茨城県精神保健福祉センター長 殿											

自治体記入欄

ここから下の欄には記入しないで下さい。

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	受付市町村	受付年月日
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(課税画面確認・その他)									
診断書の添付	あり(医療用1年目・手帳用1年目) なし(医療用2年目・手帳用2年目 手帳で新規)									
備考										