

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）

受診者	フリガナ					年齢	歳	生年月日		
	氏名							年 月 日		
	住所	〒 -				電話番号				
	個人番号									
受診者が 未 満 の 場 合 1 8 歳	フリガナ					受診者との関係				
	保護者氏名					電話番号 ※1				
	保護者住所 ※1	〒 -								
	保護者個人番号									
医療保険に関する事項	保険の種類（該当に○）	健保・協会けんぽ・国保・退職国保・国保組合・後期高齢・共済・生活保護(管轄)・無保険								
	受診者の加入医療保険の記号及び番号 ※2			保険者名 ※2						
	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 ※3		該当・非該当		
受給者番号						精神障害者保健福祉手帳番号				
受給者証の有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日				精神障害者保健福祉手帳有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日		
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）	区分 ※4	医療機関名			所在地			電話番号		
治療方針の変更 ※5		有・無				診断書の添付 ※5, 6		有・無		
備考		※7								
私は上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。 申請者氏名 ※8 令和 年 月 日 和歌山県知事様					市町村受付印		精神保健福祉センター使用欄			
							重度かつ継続			

							該当 非該当			

手帳同時申請

- ※1 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※2 生活保護受給中の場合は記入不要。
 ※3 該当か非該当か不明な場合は、無記入でも可。
 ※4 次の区分から選択し数字を記入する。区分1は一つのみ記載可能。区分5に関しては、備考欄に具体的に記入すること。
 1 主として精神通院医療を受ける病院・診療所、2 保険調剤薬局、3 デイナイトケア、4 訪問看護事業者、5 その他
 ※5 再認定申請される方で、現在お持ちの受給者証が「医療用（1年目）」または「手帳用（1年目）」に○印が記載されている方のみ記入してください。
 ※6 診断書の添付状況に○をしてください。
 ※7 複数の病院・診療所を指定自立支援医療機関として希望する場合は備考欄に理由を記載すること。
 また、自己負担上限額（所得区分、「重度かつ継続」の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更（追加を含む）の場合は、備考欄に変更理由を記載すること。
 ※8 受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

市町村記入欄

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	無関係・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	無関係・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（ ）								
前回の受給者番号				前回の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				
今回の受給者番号				今回の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日				
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										
個人番号確認欄	※個人番号確認済 <input type="checkbox"/>		変更有 <input type="checkbox"/>		備考						

※必ず、記載されている個人番号が正しいか確認して☑してください。個人番号に変更がある場合にも☑してください。