

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）

障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者居住地												
	個人番号												
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												
	フリガナ							電話番号					
	保護者居住地												
	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					保険者名							
	受診者と同一保険の加入者全員の氏名												
	受診者と同一保険の加入者全員の個人番号												
	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				
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 （薬局及び訪問看護事業者並びに指定居宅サービス事業者を含む。）		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 （診断書の添付が必要） ・ 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。 年 月 日 宮崎県知事 殿 申請者氏名 _____													

備考

- 1 新規、再認定又は変更（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○をしてください。
- 2 「保護者居住地」の欄は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 3 「該当する所得区分」の欄は、チェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。
- 4 「重度かつ継続」の欄は、チェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。
- 5 「受給者番号」の欄は、再認定又は変更の方のみ記入してください。
- 6 「治療方針の変更」の欄は、継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

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（ ）			
	延岡市 障がい福祉課職権調査にて確認		（ 課税 ・ 非課税 世帯 ： ¥ ）			
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） ・ 手帳で新規	
備 考						