

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。
 - 7 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。

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 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（ ）				
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					