

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）

※1

受診者	フリガナ		年齢	生 年 月 日	
	氏 名		歳	年 月 日	
	住 所	〒	電 話 番 号		
	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				
	保護者住所 ※2	〒	□受診者と同じ 電 話 番 号 ※2		
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	保険者番号		保険種別	
		保険者名			
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号		
該当する所得区分 ※3		重度かつ継続 ※4			
精神障害者保健福祉手帳番号		受給者番号 ※5			
治療方針の変更		診断書の添付 ※6,7			
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） ※8	医 療 機 関 名		所 在 地 ・ 電 話 番 号		
	〈病院・診療所〉	() ()	()		
	〈薬 局〉	() ()	()		
	〈デイケア〉	() ()	()		
〈訪問看護〉	() ()	()			
期間調整の希望の有無	有 ・ 無				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（精神通院）の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">島根県知事 殿</p>					

- ※1 新規・再認定・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○をすること。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- ※3 チェックシートを参照し、該当する区分を記入すること。
- ※4 チェックシートを参照し、該当する区分を記入すること。
- ※5 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
- ※6 新規又は再認定の場合のみ申請に係る診断書の添付状況を記入すること。前年度診断書を提出した方で、本申請にも診断書を添付する方は「添付・前年度添付」と記入すること。
- ※7 前年度に診断書を提出した方であっても、今回医師が病状の変化、治療方針の変更があるとした場合には「有」と記入の上診断書を添付すること。
- ※8 病院、診療所以外に、薬局、訪問看護事業者等も利用する場合は必ず記入すること。指定がないと自立支援医療を受けること

----- 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		
前回の受給者番号	今回の受給者番号				
受給者証の有効期限	年 月 日まで				
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					
受給者証の送付先 (該当番号に○すること)	(住所) 〒		(3の場合は、医療機関名を記入)		
1 申請者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他	(2, 4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入) (氏名)		(受信者との続柄)		