

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										申請の内容に○をつける。			
障害者・児	フリガナ	コウロウ ハナコ						生 年					
	受診者氏名	厚労 花子						年齢	7歳				
	フリガナ	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ						大正昭和 平成令和	〇〇年 △△月 ××日				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	コウロウ ハナオ						電話番号	025-△△△-□□□□				
	保護者氏名	厚労 花男							電話番号 ※2	025-△△△-□□□□			
	フリガナ	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ											
保護者住所 ※2	新潟市中央区新光町〇-△-×												
負担額に関する事項	受診者個人番号	〇 〇 〇 〇 △ △ △ △						× × × ×					
	受診者の加入医療保険の記号及び番号	135790						保険者名	〇〇〇〇組合				
	受診者と同保険の加入	氏名						個人番号					
該当する所得区分 ※3	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上						重度かつ継続 ※4		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		所在地・電話番号				
	123456789						987654321						
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）	医療機関						所在地・電話番号						
	〇〇〇〇病院 □□□□薬局 △△△△事業所						新潟市新光町〇〇〇 025-〇〇〇-×××× 新潟市新光町□□□ 025-□□□-×××× 新潟市新光町△△△ 025-△△△-××××						
	受給者番号 ※5						1234567						
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無						診断書の添付 ※6、※7		有 ・ 無				
支給認定期間の短縮 ※8	希望する ・ 希望しない						短縮後の支給認定期間の終期 ※8		年 月 末日				
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 令和 〇〇年 △△月 ××日 新潟県知事 新潟県〇〇〇保健所長 殿													

※1 該当する医療の種類及び新規・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。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入。
 ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
 ※8 精神障害者保健福祉手帳と有効期限を統一したい場合などに「希望する」に○をし、短縮後の支給認定期間の終期を記入する。

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（ ）											
前回の受給者番号	今回の受給者番号											
前回の有効期限	月額自己負担上限額											
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												