

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					年齢	7歳			生 年	明治 昭和 大正 令和 ○○年 △△月 ××日							
	受診者氏名	厚労 花子									電話番号	025-△△△-□□□□							
	フリガナ	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ																	
	受診者住所	新潟市中央区新光町○-△-×					医療を受ける者の名前を書く。												
	受診者個人番号	○	○	○	○	△	△	△	△	×	×	×	×						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	コウロウ ハナオ					受診者との関係	父			受診者本人と異なる場合に記入。								
	保護者氏名	厚労 花男					受診者が18歳未満の場合のみ記入する。												
	フリガナ	ニイガタシ チュウオウク シンコウチョウ									電話番号	025-△△△-□□□□							
	保護者住所※2	新潟市中央区新光町○-△-×					受診者本人と異なる場合に記入。												
	保護者個人番号	○	○	○	○	△	△	△	△	×	×	医療を受ける方が加入している保険者名を記入する。							
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	135790					医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入する。	保険者名	○○○○組合										
	受診者と同保険の加入	氏名	厚労 花男					○	○	○	○	△	△	△	△	×	×	×	×
		氏名	厚労 花美					○	○	○	○	△	△	△	△	×	×	×	×
		別添チェックシートを参考に記入する。											該当すると思われる区分を記入する。						
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	123456789					精神障害者保健福祉手帳番号	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													
	○○○○病院 □□□□薬局 △△△△事業所					新潟市新光町○○○ 025-○○○-×××× 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 ○○年 △△月 ××日 新潟県知事 新潟県○○○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。

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
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
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				