

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） ※1					
障害者・児	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	受診者氏名		男・女	歳	年 月 日
	受診者住所	〒		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	〒		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				
	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
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の名称（変更の場合は、変更年月日も記載のこと）			所在地・電話番号		
病院・診療所					
薬局					
訪問看護事業所					
受給者番号 ※5					「世帯」の範囲の特例 ※6 有
治療方針の変更 ※7	有 ・ 無		診断書の添付 ※8	有 ・ 無	
希望する有効期間の満了日 ※9	年 月 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		印 ※10			
年 月 日		群馬県知事 あて			

- ※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、4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
 ※5 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
 ※6 世帯の範囲の特例を申請する場合に○をすること。
 ※7 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の場合のみ記入すること。
 ※8 「有」の場合、診断書を添付すること。
 ※9 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をすること。
 ※10 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の有効期間の短縮を希望する場合のみ記入すること。
 ※11 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- 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（ ） 課税状況確認表（市町村確認）				
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					