

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											年齢	生 年 月 日		
	受診者氏名											歳	年 月 日		
	個人番号														
	受診者住所	〒										電話番号			
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														
	個人番号														
	保護者住所 ※2	〒										電話番号 ※2			
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												※6 「世帯」の範囲の特例 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															
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。

※8 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。

※9 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。

----- 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					