

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							電話番号 ※2																															
保護者住所 ※2	〒						電話番号 ※2																																
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																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">病院・診療所</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>薬局</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>訪問看護事業所</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>							病院・診療所										薬局										訪問看護事業所												
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																																						
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">群馬県知事 あて</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、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。
「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。
- ※10 自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除のみなし適用を申請する場合は、別紙を添付すること。

----- 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									