

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

障害者・児	フリガナ 受診者氏名				年齢	歳	生年月日				
	フリガナ 受診者住所						明治 昭和	大正 平成	令和	年月日	
	受診者個人番号						電話番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名						受診者との関係				
	フリガナ 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	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							
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）	医療機関名				所在地・電話番号						
受給者番号 ※5											
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 印 ※9 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。
- ※9 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											

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								
	受診者氏名	厚労 花子						明治昭和	大正平成	令和	〇〇年	△△月	××日					
	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-△△△-□□□□									
受診者住所	新潟市中央区新光町〇-△-×						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									
	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※2	025-△△△-□□□□									
保護者住所※2	新潟市中央区新光町〇-△-×						受診者本人と異なる場合に記入。											
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	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	〇〇〇〇組合							
	受診者と同保険の加入	氏名	厚労 花男				○	○	○	○	△	△	△	△	×	×	×	×
		氏名	厚労 花美				○	○	○	○	△	△	△	△	×	×	×	×
	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											
	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。
 ※9 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					
前回の受給者番号	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（ ）					
前回の有効期限	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	月額自己負担上限額											