

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・転入)^{※1}

障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生年月日	
	受診者氏名				年	月
	フリガナ		電話番号			
	受診者住所					
個人番号						
18歳未満の者が場合が	フリガナ		受診者との関係			
	保護者氏名					
	フリガナ		電話番号 ^{※2}			
	保護者住所 ^{※2}					
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	
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		
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 愛媛県知事 様						

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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)・転入のいずれかに○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。(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)

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	職権
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)				
備考					