

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) 同時申請あり

| | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------|--|--|--------|--|--|--|
| 障害者・児 | フリガナ 受診者氏名 | | 年齢 | 歳 | 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 | | | | |
| | フリガナ 受診者住所 | 〒 電話 | | | | | | | |
| | 住民票上の住所 | (上記住所と異なる場合のみ記入してください。行政サービスを確実に受けられるようにするため、速やかに住民票の住所変更の届出をお願いします。) | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ 〒 電話 | | | | | | | |
| | 保護者個人番号 | | | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の加入医療保険 | 市町国保 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族) | 保険者 | 保険者名 | | | | | |
| | | 組合国保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) | | 番号 | | | | | |
| | | 健 保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) | 記号・番号 | | | | | | |
| | | 各種共済 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) | 被保険者又は世帯主 | (本人の場合は記載不要) <input type="checkbox"/> 世帯主は擬制世帯主 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生 保 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
| 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※1 | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低1 <input type="checkbox"/> 低2 <input type="checkbox"/> 中間1 <input type="checkbox"/> 中間2 <input type="checkbox"/> 一定以上 | | | 重度かつ継続※1 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | | | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関 (区分に該当する番号を記載してください。 1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護 4 デイケア) | 区分 | 医 療 機 関 名 | | | 所在地・電話番号 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | 精神障害者保健福祉手帳の有効期限 | 年 月 末日 | | | |
| 受給者番号 ※2 | | | | | 自立支援医療受給者証の有効期限※2 | 年 月 末日 | | | |
| 治療方針の変更 ※3 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | 1年目の診断書の添付状況※3 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。(受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。) | | | | | | | | | |
| 愛媛県知事 様 年 月 日 申請者氏名 | | | | | | | | | |

(注意) 「 」のある欄は、該当するに「レ」印を付してください。

※1 チェックシートを参照し、該当すると思う区分選択する。

※2 再認定または変更の方のみ記入。

※3 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。

| | | | | |
|-----------|----|--|---------|--|
| 申請書を提出した者 | 氏名 | | 受診者との関係 | |
| | 住所 | | | |

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

※提出資料で加入医療保険の確認ができない場合は、必ず情報連携で確認してください。

| | | | | | |
|-------------|--|-------|--------|------------|--|
| 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() 職権 | | | | |
| 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) | | | | |
| 加入医療保険の確認方法 | 提出資料で確認 マイナポータル画面を目視で確認 庁内連携・情報連携で確認 | | | | |
| 備考 | | | | | |