

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・継続・再申請・変更）※1																
年 月 日																
熊本県知事 様																
申請者 氏名																
私は、次のとおり自立支援医療費の支給を申請します。																
受診者	フリガナ											年齢	歳	生年月日		
	氏名													明治・大正 年 月 日 昭和・平成		
	個人番号															
	住所	〒										電話番号				
保護者※2	フリガナ											受診者との続柄				
	氏名															
	個人番号															
	住所※3	〒										電話番号※3				
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											保険者名称及び保険者番号				
	保険の種類(○印)	被用者保険（本人・家族）・国民健康保険（世帯主・その他）・後期高齢者医療・生活保護・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※4	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上										重度かつ継続※5		該当 ・ 非該当		
申請者の収入(○印)※6	障害年金等※7 ・ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ・ その他収入（ ）※8															
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みます。)※9	医療機関名										所在地・電話番号					
現在の受給者番号及び有効期限※10	(番号)										精神障害者保健福祉手帳番号					
	(有効期限) 年 月 日										身体障害者手帳番号					
治療方針の変更※11	有 ・ 無										意見書の添付※12		有 ・ 無			
備考											診断書の添付※12		有 ・ 無			

※ 1 新規・継続・再申請・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○をしてください。

※ 2 受診者が18歳未満の場合に記入してください。

※ 3 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※ 4 該当すると思われる区分に○をしてください。

※ 5 高額治療継続者をいいます。該当すると思われる区分に○をしてください。

※ 6 申請者の収入に○をしてください。

※ 7 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等をいいます。

※ 8 不動産収入、工賃、仕送り等を記入してください。収入がない場合は、「その他収入(0)」と記入してください。

※ 9 院外処方の場合は、薬局名も記入してください。

※10 継続・再申請・変更の方のみ記入してください。

※11 病状の変化及び治療方針の変更について、継続申請(意見書又は診断書の提出が2年目のことをいいます。)の方のみ記入してください。

※12 前年度(1年目)の申請書に係る意見書又は診断書の添付状況に○をしてください。

自治体記入欄 _____ ここから下の欄には記入しないでください。 _____

申請書受付年月日		進達年月日		確認年月日	
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	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書 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（ ）				
受給者番号					
意見書又は診断書の提出	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					