

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 | | |
| | 個人番号 | | | | | 昭和・平成 | | |
| | 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) (有効期限) 年 月 日 | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | |
| | | | | | 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(O)」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 | | | | | |