

別記第 1 号様式（第 2 条関係）

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																	
熊本市知事様																	
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・昭和・平成・令和			
	個人番号													年	月	日	
	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※ 1 0	(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※ 1 1	有 ・ 無										意見書の添付※ 1 2		有 ・ 無				
備考											診断書の添付※ 1 2		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 1 8 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 院外処方場合は、薬局名も記入してください。
※ 1 0 継続・再申請・変更の方のみ記入してください。
※ 1 1 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。
※ 1 2 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（ ）				
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					