様式第５号（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（ 新規・再開・再認定・変更（所得区分・医療機関））※１ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害者・児 | フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | 年齢 | | 歳 | | | 生年月日 |
| 受 診 者 氏 名 |  | | | | | | | | | 年 　　月　 　日 |
| 受 診 者 住 所 | （〒　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | －　　　　－ |
| 個　人　番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者が  18歳未満の場合 | フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 保 護 者 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保 護 者 住 所  ※２ | （〒　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号  ※２ | | | | | | | －　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 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の記号及び番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者（加入者個人番号）  住民票が申請書を提出  した市町村にない場合  は、□の中にレ印を付  し、別紙に必要事項を  記入すること。 | 氏名 | | | | | | | | | 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  ※３ | | | | | | | | 該当　・　非該当 | | | | | | | |
| 受診を希望する指定自立  支援医療機関 | | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 所在地・電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院・診療所  （変更年月日：　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| －　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬局  （変更年月日：　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| －　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護事業者等  （変更年月日：　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| －　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号　※４ | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | | | 精神障害者保健  福祉手帳番号 | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| （有効期限：　　 　　年 　 月 　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | （有効期限：　　　 　年 月 日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更　※５ | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | 診断書の添付  　 ※５　※６ | | | | | | | | | | 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  　　　令和　　 年 　　月 　　日  申請者氏名  　富山県知事　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※１　新規・再開・再認定・変更（所得区分・医療機関）のいずれかを○で囲むこと。

　※２　受診者本人と異なる場合に記入すること。

　※３　チェックシートを参照し、該当すると思う区分を○で囲むこと。

　※４　再開、再認定又は変更の場合に記入すること。

　※５　継続申請（診断書の提出が２年目のことをいう。）の者のみ記入すること。

　※６　申請書への診断書の添付状況を○で囲むこと。

　※７　この申請書の内容については、自立支援医療の提供に必要な範囲内で、指定自立支援医療機関に提供される場合があります。

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 |  | | 市　町　村　受　付　印 |
| 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 |
| 前回の受給者番号 |  | | 今回の受給者番号 | |  | | | |
| 診断書の提出 | 有(医療用(１年目)・手帳用(１年目))　無(医療用(２年目)・手帳用(２年目)・手帳で新規) | | | | | | | | 厚生センター（保健所）受付印 |
| DV等支援措置 | 該当　 ・　 非該当 | | 添付書類 | | 受給者証　 ・　 委任状 | | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | |

（注）本書式は４枚複写とし、１枚目は県提出、２枚目は厚生センター（保健所）控、３枚目は市町村控、４枚目は申請者控とする。