

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										
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		
		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
		<input type="checkbox"/>									
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								