

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	受診者の被保険者証の記号及び番号						保険者名					
	受診者と同一保険の加入者(加入者個人番号)	氏名		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。〕	<input type="checkbox"/>										
		<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。												
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)・医療用(2年目)) 無(手帳用(1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。