

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・継続）												
受診者	フリガナ							性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	氏名											明・大・昭・平
	フリガナ							電話番号	年 月 日			
	住所	〒							- -			
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											
	フリガナ							電話番号	- -			
	保護者住所	〒										
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					保険者名称						
	保険の区分	1 健保(本人 家族) 2 国保(一般 退職本人 退職家族) 3 船保(本人 家族) 4 各種共済(本人 家族) 5 後期高齢者医療 6 生保(受給中 申請中:福祉事務所名) 7 労災 8 保険未加入 9 その他( )										
	受診者と同一保険の加入者											
	受診者と同一保険の加入者個人番号											
	該当する所得区分	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯				市町村民税課税世帯					
			受給者の年間収入額				属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割)					
		円		円								
	生保	(80万円以下) 低1	(80万円超) 低2	(3万3千円未満) 中間1	(23万5千円未満) 中間2	(23万5千円以上) 一定以上						
重度かつ継続	(所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合)					該当 ・ 非該当						
精神障害者保健福祉手帳番号					精神障害者保健福祉手帳の有効期限	平成 年 月 日						
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む)	医療の内容	医療機関名			所在地			電話番号				
	病院診療所											
	薬局											
	訪問看護											
現在の受給者番号(再認定・変更の場合に記入)					現在の受給者証の有効期限(再認定・変更の場合に記入)	平成 年 月 日						
私は、上記のとおり、自立支援医療費(精神通院医療)の支給を申請します。												
平成 年 月 日												
申請者氏名										印		
福島県知事												

(注意)

- 1 新規・継続のいずれかに○を付けてください。
- 2 世帯区分及び所得区分を確認する書類を添付してください。
- 3 重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。

ここから下は記入しないでください

自治体記入欄													
市町村受理年月日	世帯確認書類				所得確認同意		所得区分						
	被保険者証等 住民票 不要				有 無		前回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
進達收受	所得確認書類						今回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
	診断書の提出	個人番号	年金・手当の通知			重度かつ継続							
市町村民税課税証明書		同意書による確認											
備考	市町村民税非課税証明書	その他			前回	該当		非該当					
	標準負担額減額認定書	( )			今回	該当		非該当					
	生活保護受給の確認				手帳同時申請: 有 ・ 無								
	医療用(1年目) ・ 医療用(2年目)				申請内容を確認しました。								
	手帳用(1年目) ・ 手帳用(2年目)												
	手帳で新規				確認者								
	主たる精神障がい(今回)												
	F0 F1 F2 F3 G40 その他 / 多数				印								
	備考					県確認	所得区分						