

自立支援医療費（育成・更生・**精神通院**）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	フリガナ 受診者住所	〒 -				電話番号	明治 大正 昭和 平成 年 月 日		
受診者が 場合18 歳未満の	フリガナ 保護者氏名					受診者との 関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒 -				電話番号 ※2			
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								
	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 ※4	該当 ・ 非該当		
身体障害者手帳 番号				精神障害者保健福 祉手帳番号					
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）	医療機関名				所在地・電話番号				
受給者番号 ※5				前回有効期限	年 月 日～ 年 月 日				
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無			診断書の添付 ※6、※7	有 ・ 無				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※8</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">（あて先）秋田県知事</p>									

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・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 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※6 継続申請（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。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をしてください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 申請者氏名については、記名押印してください。

----- 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	
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（ _____ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
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				
変更申請内容	（ 医 ・ 薬 ・ 訪看 ・ 所得区分 ） の （ 追加 ・ 変更 ）				
備考					