

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） ※1												
障害者・児	フリガナ 受診者氏名							年齢	生 年 月 日			
	個人番号							歳	年 月 日			
	受診者住所	〒						電話番号				
	フリガナ 保護者氏名							受診者との 関係				
個人番号												
受診者が18歳未満の場合	保護者住所 ※2	〒						電話番号 ※2				
	受診者の被保険者証の 記号及び番号					保険者名						
負担額に関する事項	受診者と同一保険の 加入者											
	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 ※4	該当 ・ 非該当			
	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の名称（変更の場合は、変更年月日も記載のこと。）								所在地・電話番号				
病院・診療所												
薬局												
訪問看護事業所												
受給者番号 ※5								※6 「世帯」の範囲の特例 有				
治療方針の変更 ※7		有 ・ 無				診断書の添付 ※8		有 ・ 無				
希望する有効期間の満了日 ※9		年 月 日										
<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 style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">群馬県知事 あて</p>												

- ※1 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○をすること。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- ※3、4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
- ※5 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
- ※6 世帯の範囲の特例を申請する場合に○をすること。
- ※7 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の場合のみ記入すること。
「有」の場合、診断書を添付すること。
- ※8 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をすること。
- ※9 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の有効期間の短縮を希望する場合のみ記入すること。

----- 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		
所得確認方法	個人番号 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（ ） 課税状況確認表（市町村確認）									
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									
備考										