

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	ふりがな							年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名									年 月 日			
	ふりがな							電話番号					
	受診者住所	〒											
	個人番号												
未 満 の 場 合 18 歳 未満 の 受 診 者 が 18 歳	ふりがな							受診者との関係					
	保護者氏名												
	ふりがな							電話番号 ※2					
	保護者住所 ※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							
	受診者と同一保険加入者												
	受診者と同一保険加入者個人番号												
	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				
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													
治療方針の変更		有・無				診断書の添付			有・無				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日 栃木県知事 様													

※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。
2 受診者本人と異なる場合に記入
3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
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。
5 再認定又は変更の方のみ記入

----- 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)				
備考					