

提出用

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書
 申請種別【 新規 ・ 再認定 ・ 変更（所得区分 ・ 医療機関）】

受診者	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						
	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。						
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						
	保護者住所	〒 - <input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ		電話番号			
負担額に関する事項 （医療機関変更記載は不要）	受診者の被保険者証の記号および番号			保険者名			
	受診者と同一保険の加入者	氏名			個人番号		
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関等名			所在地・電話番号			
	主たる医療機関 （医療機関の登録は1か所だけです。）						
	追加の医療機関 （次のいずれかのボックスにチェックを入れてください。）	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ※その他にチェックの場合は具体的な治療内容を記載してください。					
	薬局						
	訪問看護						
※1 受給者番号	有効期限 終期 年 月末		※2 精神障害者保健福祉手帳番号	有効期限 終期 年 月末			
※3 治療方針の変更の有無	有 ・ 無		※4 診断書添付の有無	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。 なお、必要な場合は、市町長が当該支給決定に必要な市町民税課税等の情報を確認し、滋賀県知事に報告することに同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名 （宛先） 滋賀県知事							

注1 標題の申請名のうち、新規・再認定・変更（自己負担額および指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかの該当する事項に○をしてください。
 2 ※1欄は、再認定または変更の場合に記入してください。
 3 ※2欄は、精神障害者保健福祉手帳を持っている場合に記入してください。
 4 ※3欄は、再認定の場合に記入してください。
 5 ※4欄は、申請時に診断書の添付の有無を記入してください。
 6 申請の種別によって、所定の診断書、健康保険証のコピー等の添付書類が必要となります。

----- 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

市町記入欄	市町名：			県記入欄	
	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		自己負担上限額	円
	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（ ）			
備考	※医療機関が代行で市町に申請書を送付した場合		要チェック <input type="checkbox"/>		
	※手帳有効期限と終期を合わせるための期間短縮の場合		要チェック <input type="checkbox"/>		
	※手帳用診断書添付により、手帳と同時申請の場合		要チェック <input type="checkbox"/>		