

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									
	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。 <input type="checkbox"/>									
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				
	保護者個人番号									
申請のみの場合は、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 <small>医療機関の登録は1か所だけです。</small>									
	追加の医療機関 <small>次のいずれかのボックスにチェックを入れてください。</small>		<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村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	令和 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"/>					