

自立支援医療費 (精神通院) 支給認定申請書		新規・再認定・変更 (所得区分・医療機関・その他)・転入 ※1											
障害者・児	フリガナ							性 別	男・女	年 齢	歳	生 年	大・昭・平
	受診者氏名											月 日	年 月 日
	フリガナ												
	受診者住所												
個人番号								電 話 番 号					
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												
	フリガナ												
	保護者住所※2												
個人番号								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 (被用者保険の場合は被保険者のみ。)	氏 名						個 人 番 号					
該当する所得区分 (該当区分に○)	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 (該当区分に○)		該 当 ・ 非 該 当				
受給者番号 (再認定又は変更のみ記入)	身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		有効期限の終期 平成 年 月 末								
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						
有効期間の短縮 ※3 (希望する場合○)	希望する	治療方針及び病状の変更※4 (再認定の場合、該当部分に○)				有・無	前年度の申請書への診断書の添付※4 (再認定の場合、該当部分に○)				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。													
岩手県知事 様						年 月 日							
申請者氏名※5										印			

- ※1 新規・再認定・変更・転入のいずれか及び変更の場合は変更内容に○を付してください。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
 ※3 再認定の方で、精神障害者保健福祉手帳の有効期限の終期とあわせるために受給者証の有効期間短縮を希望する場合に○を付してください。
 ※4 再認定の方のみ記入してください。 ※5 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

自治体記入欄

ここから下の欄には、記入しないでください。

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	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 ()	
前回の受給者番号	今回の受給者番号	前回の有効期限
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		