

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書

※印は下記参照

申請区分 ※1		1.新規 2.再認定 3.変更(自己負担限度額・指定医療機関・都道府県間住所) ※1 4.医療機関追加																																				
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	姓	名	年齢	歳	生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年	月	日																												
	受診者住所	岐阜県			アパート等																																	
	電話番号	-			郵便番号			-																														
	個人番号																																					
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ 保護者氏名	姓	名	受診者との関係(続柄)																																		
	保護者住所 ※2	アパート等																																				
	電話番号 ※2	-			郵便番号 ※2			-																														
	保護者個人番号																																					
負担額に関する事項	受診者の被保険者等記号・番号			保険の種類(○印)	1.社保本人 2.社保家族 3.国保一般 4.国保退職本人 5.国保退職家族 6.生保 7.後期高齢 8.その他																																	
	保険者名																																					
	受診者と同一保険の加入者																																					
	受診者と同一保険の加入者個人番号																																					
該当する所得区分(○印)	1.生保 2.低1 3.低2 4.中間1 5.中間2 6.一定以上		重度かつ継続(○印)		1.該当 2.非該当																																	
診断書の添付(○印) ※3	1.有		既存の受給者証の番号 ※4		既存の受給者証の有効期限 ※4		年 月 日																															
	2.無(治療方針の変更なし)		既存の手帳の番号 ※5		既存の手帳の有効期限 ※5		年 月 日																															
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。)	医療機関番号												医療機関名												所在地													
	病院・診療所																																					
	薬局																																					
	訪問看護事業者																																					
※6																																						
※6																																						
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																																						
年 月 日																																						
申請者氏名(受診者氏名。受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名)																																						
岐阜県精神保健福祉センター所長 様 保健所長 様																																						

- ※1 該当する申請に○をすること(変更は「自己負担限度額・指定医療機関・都道府県間住所」のいずれかの変更認定の申請の場合)。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- ※3 再認定(継続申請)の場合のみ記入。
- ※4 再認定・変更・医療機関追加の方のみ記入すること。
- ※5 精神障害者保健福祉手帳を所有している方のみ記入すること。
- ※6 複数医療機関の指定を希望する場合に記入すること(主治医が受診の必要性を認め、診断書に記載した医療機関であること。)

----- 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

市町村コード	市町村名											
申請受付年月日	年	月	日	進達年月日	年	月	日	認定年月日	年	月	日	
前回所得区分	1.生保	2.低1	3.低2	4.中間1	5.中間2	6.一定以上	重度かつ継続	1.該当 ・ 2.非該当				
今回所得区分	1.生保	2.低1	3.低2	4.中間1	5.中間2	6.一定以上	重度かつ継続	1.該当 ・ 2.非該当				
所得確認方法	1.個人番号 ・ 2.市町村民税課税証明書 ・ 3.市町村民税非課税証明書 ・ 4.標準負担額減額認定証 5.生活保護受給世帯の証明書 ・ 6.その他収入等を証明する書類()											
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	疾患コード			※審査欄			1.承認 ・ 2.不承認					