

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) ※該当する申請のいずれかに○をする。

受診者	フリガナ											年齢	生年月日					
	氏名											歳	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日		
	フリガナ																	
	住所	〒 -																
未 満 の 場 合 18 歳 以 下	フリガナ											電話番号						
	保護者氏名											受診者 との 関係						
	フリガナ																	
	住所	〒 -																
	個人番号												電話番号					
受診者の被保険者証の 記号及び番号	フリガナ											受診者 との 関係						
	保護者氏名																	
	フリガナ																	
	住所	〒 -																
	保護者個人番号													電話番号				
受診者の被保険者証の 記号及び番号	記号						番号						受診者と同一保険の加入者					
受診者と同一保険加入者の 個人番号													氏名					
													氏名					
													氏名					
													氏名					
													氏名					
保険者名及び保険の種類 ※保険種別は該当するものを ○で囲むこと	保険者名											健保(協会本人・協会家族, 健康組合本人・健康組合家族), 各種共済組合(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族), 船員保険(本人・家族), 後期高齢者 生保(受給中・申請中・福祉事務所名) 労災, その他()						
該当する所得区分	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	所得区分中間1以上の場合 重度かつ継続の判定					該当・非該当						
自立支援医療受給者番号											既存の受給者証の有効期限			年	月	日		
											既存の受給者証の有効期限の変更			年	月	日		
精神障害者保健福祉手帳番号											精神障害者保健福祉手帳の有効期限			年	月	日		
受診を希望する 指定自立支援医療機関	医療機関等名称										所在地・電話番号							
病院・診療所																		
薬局																		
薬局																		
精神科デイケア																		
訪問看護事業者																		
その他の医療機関等																		
	種類	1.検査のための医療機関追加 2.主治医の指示 3.その他() ※ 診断書備考欄に理由の記載があること。記載がない場合は紹介状等の写しを添付すること。																

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

茨城県精神保健福祉センター長 殿

※ 申請者は原則受診者であるが、受診者が18歳未満の場合は保護者を申請者とする。記名押印または自筆による署名のいずれかとすること。

自治体記入欄

ここから下の欄には記入しないで

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	受付市町村	受付年月日
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(課税画面確認・その他)									
診断書の添付	あり(医療用1年目・手帳用1年目) なし(医療用2年目・手帳用2年目 手帳で新規)									
備考										