

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）

※1

フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日		
フリガナ 受診者住所						電話番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係				
	フリガナ 保護者住所 ※2					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									
	該当する所得区分 ※3	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6					重度かつ 継続 ※4	該当 ・ 非該当		
身体障害者手帳 番号				精神障害者保健福祉手帳番号						
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				
		※9 医療機関変更及び追加の際の適用年月日					平成 年 月 日			
受給者番号 ※5										
治療方針の変更 ※6		有 ・ 無			診断書の添付 ※7		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。										
申請者氏名				印 ※8						
平成 年 月 日										
宮城県知事		殿								

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分から適用）
- ※8 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する。
- ※9 医療機関の変更及び追加の際の適用年月日が申請月日以外の場合記載すること。

----- 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

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6			重度かつ 継続	該当 ・ 非該当
今回所得区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6			重度かつ 継続	該当 ・ 非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 同意書による課税確認	標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号			前回の承認期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
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
手帳（診断書添付による）同時申請の有無	有	無	他県・仙台市等からの転入の有無	有 無	

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）

※1

フリガナ	トメ イチロウ				生年月日		
受診者氏名	登米 市郎	性別	男・女	年齢	35歳	明治 大正 昭和 平成	
フリガナ	トメシミナミカタマチシンタカイシウラ				電話番号	48年 12月 10日	
受診者住所	登米市南方町新高石浦130番地				電話番号	0220-58-5552	
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					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	み登米 300A200000	保険者名	登米市			
	受診者同一保険の加入者	二郎、とめ					
	該当する所得区分※3	1・2・3・4・5・6			重度かつ継続※4	該当・非該当	
身体障害者手帳番号	1234 ※手帳を持っている場合	精神障害者保健福祉手帳番号	1234 ※手帳を持っている場合				
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			
	〇〇〇〇病院（病院・診療所名）			〇市〇町〇字〇〇丁目〇番地〇 Tel.〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			
	××××薬局（薬局名）			×市×町×字××丁目×番地× Tel.××××-××-××××			
	△△△△△（訪問看護）			△市△町△字△△丁目△番地△ Tel.△△△△-△△-△△△△			
※9 医療機関変更及び追加の際の適用年月日						平成 年 月 日	
受給者番号 ※5	1234567 ※再認定、変更の場合						
治療方針の変更 ※6	有・無			診断書の添付 ※7	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。							
申請者氏名 登米 市郎 印 ※8							
平成 22年 4月 1日							
宮城県知事 殿							

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分から適用）
- ※8 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する。
- ※9 医療機関の変更及び追加の際の適用年月日が申請月日以外の場合記載すること。

----- 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

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	1・2・3・4・5・6			重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	1・2・3・4・5・6			重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 同意書による課税確認	標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号			前回の承認期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
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
手帳（診断書添付による）同時申請の有無	有	無	他県・仙台市等からの転入の有無	有 無	