

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（医療機関・所得区分））

※該当する新規・再認定・変更（医療機関及び所得区分の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

受診者	フリガナ											年 齢	生 年 月 日		
	氏 名														
	住 所	〒										電 話 番 号			
	個人番号														
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														
	保護者住所	〒										☐受診者と同じ 電 話 番 号			
	保護者個人番号														
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号						保険者番号						保険種別		
	受診者と同一保険の加入者	氏名					個人番号								
該当する所得区分						重度かつ継続									
精神障害者保健福祉手帳番号						受給者番号									
治療方針の変更						診断書の添付									
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／種別					所在地・電話番号									
	医療機関名（病院）： 医療機関名（病院）： 医療機関名（薬局）： 医療機関名（薬局）： 医療機関名（訪問看護）： 医療機関名（訪問看護）：														
備考															
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 また、この申請に関して必要な税情報や手当の受給状況等について、担当課が個人番号や、市の税務局、年金事務所・医療機関等に確認することに同意します。</p> <p>申請者氏名 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">浜松市長</p>															

受診者住所と異なる送付先の変更希望（有・無）
送付先 〒

- ※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」は該当すると思う区分を記入する。
- ※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
- ※ 「治療方針の変更」、「診断書の添付」は継続申請（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）

精神障害者保健福祉手帳の有効期限が1年未満の場合には有効期限を合わせるすることができます。有効期限を合わせることを希望し、自立支援医療の有効期限を短縮することに同意しますか？（精神障害者保健福祉手帳所持者のみ）

希望し、同意する ・ 希望しない

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	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
所得確認方法	個人番号 市町村民税非課税証明書 確定申告書の控 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（ ）		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
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			