

（宛先：浜松市長） 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））

受診者	フリガナ											年齢	生年月日						
	受診者氏名												T	S	H	R	年	月	日
	受診者住所	〒 —										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（受診者と異なる場合のみ記入）	〒 —										電話番号							
	個人番号																		
加入保険事項に関する	加入医療保険の記号及び番号											保険者名	浜松市（国保）・全国健康保険協会静岡支部 その他（ ）						
	受診者と同一保険の加入者											保険の種類	国保 ・ 後期 ・ 社保 ・ 共済						
	受診者と同一保険の加入者個人番号																		
精神障害者保健福祉手帳番号											手帳有効期限	令和	年	月	末日				
受給者番号											受給者証有効期限	令和	年	月	末日				
受診を希望する指定自立支援医療機関等	指定医療機関名等										所在地			チェック					
	病院																		
	薬局																		
	デイケア																		
	訪問看護																		
	検査のみ																		
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・市の税情報・年金事務所・医療機関等に確認することに同意します。											診断書の添付		有 ・ 無						
申請者氏名											精神障害者保健福祉手帳の有効期限が1年未満の場合は有効期限を合わせることができます。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）								
申請年月日 令和 年 月 日																			
*ご同意いただけない場合や必要な手続きを行っていない場合は、制度の適用を受けることが出来ません。											希望し、同意する		希望しない						
受診者住所と異なる送付先変更希望	無 ・ 有	送付先（宛名）	〒 —																

<以下市役所記入欄>

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 ・ 辞退
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 ・ 辞退
申請種別	1. 医療のみ申請      2. 手帳と医療同時申請      3. 市外から転入に係る申請 4. 再認定申請と変更申請同時（住所 ・ 氏名 ・ 保険種類 ・ 所得区分 ・ 医療機関）		
処理欄	窓口受付年月日	センター受付年月日	認定年月日