

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

|   |                            |                       |    |     |               |                     |                                       |  |  |
|---|----------------------------|-----------------------|----|-----|---------------|---------------------|---------------------------------------|--|--|
| 障害者・児   | フリガナ<br>受診者氏名              |                       | 性別 | 男・女 | 年齢            | 歳                   | 生年月日<br>明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>年 月 日 |  |  |
|   | フリガナ<br>受診者住所              | 〒                     |    |     |               | 電話番号                |                                       |  |  |
|   | フリガナ<br>保護者氏名              |                       |    |     |               | 受診者との関係             |                                       |  |  |
| 受診者が18歳未満の場合  | フリガナ<br>保護者住所 <sub>2</sub> | 〒                     |    |     |               | 電話番号 <sub>2</sub>   |                                       |  |  |
|   | 受診者の被保険者証の記号及び番号           |                       |    |     | 保険者名          |                     |                                       |  |  |
| 負担額に関する事項   | 受診者と同一保険の加入者               |                       |    |     |               |                     |                                       |  |  |
|   | 該当する所得区分 <sub>3</sub>      | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 |    |     |               | 重度かつ継続 <sub>4</sub> | 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等の名前(変更の場合は、変更年月日も記載のこと)   |                            |                       |    |     |               | 所在地・電話番号            |                                       |  |  |
|   | 病院・診療所                     |                       |    |     |               |                     |                                       |  |  |
|   | 薬局                         |                       |    |     |               |                     |                                       |  |  |
|   | 訪問看護事業者                    |                       |    |     |               |                     |                                       |  |  |
| 受給者番号 <sub>5</sub>  |                            |                       |    |     |               | 6                   | 「世帯」の範囲の特例 有                          |  |  |
| <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。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 _____</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>群馬県知事 _____ あて</p> |                            |                       |    |     |               |                     |                                       |  |  |

- 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、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 世帯の範囲の特例を申請する場合に をする。
- 7 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   | 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       |
| 所得確認書類   | 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( )      |       |             |          | 課税状況確認表(市町村確認) |              |
| 前回の受給者番号 |                       |       |             | 今回の受給者番号 |                |              |
| 備考       |                       |       |             |          |                |              |