

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。	
障 害 者 ・ 児	フリガナ							年 齢	生 年 月 日		
	受診者氏名							歳	明治 大正 昭和 平成		
	フリガナ	〒 -									
未 満 の 場 合 受 診 者 が 18 歳	受診者住所	〒 -									
	個人番号							電話番号			
	フリガナ							受診者 との関係			
未 満 の 場 合 受 診 者 が 18 歳	保護者氏名										
	フリガナ	〒 -									
	保護者住所	〒 -									
	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				
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	所得区分が中間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 令和 年 月 日 茨城県精神保健福祉センター長 殿											

自治体記入欄 ここから下の欄には記入しないで下さい。

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 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類（課税画面確認・その他）						市町村民税非課税証明書 生活保護受給世帯の証明書			
診断書の添付備考	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)									