

# 記入例

別記様式第1号(第2条関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定 変更)

障害者・児	ふりがな	からすやま たろう			年齢	〇〇歳	生年月日						
	受診者氏名	烏山 太郎					S 5 6年 1月 1日						
	ふりがな	なすからすやまし たのくら			電話番号	日中連絡が取れる番号							
	受診者住所	那須烏山市 田野倉85-1											
個人番号	マ	イ	ナ	ン	バ	ー	1	2	桁				
未満の受診者が18歳	ふりがな					受診者との関係							
	保護者氏名						電話番号※2						
	ふりがな												
	保護者住所※2												
保護者個人番号													
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	健康保険証の記号と番号			保険者名	健康保険証に記載されている保険者名を記入 例：那須烏山市、全国健康保険協会〇〇支部 等							
	受診者と同一保険加入者	国保及び後期高齢の場合は世帯の加入者全員、社保で被扶養者の場合は扶養者の氏名											
	受診者と同一保険加入者個人番号	上 記 該 当 者 の マ イ ナ ン バ ー											
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				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								
	〇〇病院 〇〇薬局 訪問看護ステーション〇〇 など				病院の住所・電話番号 薬局の住所・電話番号 訪問看護ステーションの住所・電話番号								
受給者番号 ※5	変更申請の方のみ記載(受給者証の上から2段目に記載されている番号)												
治療方針の変更	有・無			診断書の添付			<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> ・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。										栃木県知事	様		
申請者氏名										烏山 太郎 (代理の申請であっても障害者・児本人の氏名)		〇年 4 月 1 日	

- ※1 新規・再認定・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 再認定又は変更の方のみ記入

----- 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( )				
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)				
備考					