様式第4号(第6条関係)

18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）  ※１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ  受診者氏名 |  | | | | | | | | 年齢 | | | | | | | 歳 | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| フリガナ  受診者住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |
| 受診者が　歳未満の場合 | フリガナ  保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | | | | | | | 電話番号　※２ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | □同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ  保護者住所  ※２ |  | | | | | | | | | | | | | | | 保護者個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □同上 | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |  |  | | |  | |  | | |  |  | | |  | |  |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証  の記号および番号 |  | | | | | 保険者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  ※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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号　※５ | |  | | | | | | 精神障害者  保健福祉手帳番号 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更 | | 有　　　　・　　　　無 | | | | | | | | | | | 診断書の添付 | | | | | | | | | | | 有　　　　・　　　　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。  　　　　　　申請者氏名  　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　福井県知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　※１　新規・再認定・変更（自己負担限度額およ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。変更の場合、受診者の欄

　　　および変更のある事項のみ記入する。

　※２　受診者本人と異なる場合に記入する。（同一の場合は印を入れる）

　※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　再認定または変更の方のみ記入する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 個人番号　　　　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）・手帳で新規 | | | | | | | |
| 備　考 | 年金　あり・なし | | | | | | | |