

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・継続）																			
受診者	フリガナ											年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日					
	氏名																		
	フリガナ											電話番号	— —						
	住所	〒																	
	個人番号																		
受診者が 場合18歳未満	フリガナ											受診者との 関係							
	保護者氏名																		
	フリガナ											電話番号	— —						
	保護者住所	〒																	
	保護者個人番号																		
負担額に関する事項	受診者の加入医療 保険の記号及び番											保険者名称							
	保 険 の 区 分	1 健保(本人 家族) 2 国保(一般 退職本人 退職家族) 3 船保(本人 家族) 4 各種共済(本人 家族) 5 後期高齢者医療 6 生保(受給中 申請中:福祉事務所名) 7 労災 8 保険未加入 9 その他()																	
	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	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯				市町村民税課税世帯												
			受給者の年間収入額				属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の 算定対象となっている者の市町村民税額(所得割)												
			円				円												
	生保	(80万9千円以下) 低1	(80万9千円超) 低2	(3万3千円未満) 中間1			(23万5千円未満) 中間2			(23万5千円以上) 一定以上									
重度かつ継続		(所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合)										該当 ・ 非該当							
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		令和 年 月 日					
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)	医療の内容	医療機関名										所在地				電話番号			
	病院 診療所																		
	薬局																		
	訪問看護																		
現在の受給者番号 (再認定・変更の場合に記入)												現在の受給者証の有効期限 (再認定・変更の場合に記入)		令和 年 月 日					
私は、上記のとおり、自立支援医療費（精神通院医療）の支給を申請します。																			
令和 年 月 日 申請者氏名																			
福島県知事																			

(注意)

- 1 新規・継続のいずれかに○を付けてください。
2 世帯区分及び所得区分を確認する書類を添付してください。
3 重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。

----- 自治体記入欄 ----- ここから下は記入しないでください -----

市町村受理年月日	世帯確認書類		所得確認同意		所 得 区 分						
	加入医療保険等 住民票 不要		有 無		前回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
	所得確認書類				今回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
	個人番号		年金・手当の通知		重 度 か つ 継 続						
	市町村民税課税証明書		同意書による確認		前回	該当		非該当			
	市町村民税非課税証明書		その他		今回	該当		非該当			
	標準負担額減額認定書		()		手帳同時申請: 有 ・ 無						
	生活保護受給の確認										
	進達収受	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								
			主たる精神障がい(今回)								
F0 F1 F2 F3 G40 その他 / 多数											
備 考							県確認	所得 区分			