

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。														
受診者	フリガナ											年齢	生年月日	
	氏名											歳	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒												
	個人番号												電話番号	
個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。													<input type="checkbox"/>	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ											受診者との関係		
	保護者氏名													
	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		
												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 ()							
自立支援医療受給者番号							既存の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. 通院治療のための医療機関追加 ※ 主治医記載の診断書「@備考」欄に紹介状況の記載があること。											
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														
年 月 日														
茨城県精神保健福祉センター長 殿														

----- ここから下の欄には記入しないで下さい。 -----

自治体記入欄												
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	市町村受付印			
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 (課税画面確認・その他)											
診断書の添付	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)											
備考												