

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・転入）					
障害者・児童	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		連絡先 (電話番号)		
	受診者居住地				
個人番号					
保護者	フリガナ		続柄		
	氏名				
	フリガナ		連絡先 (電話番号)		
居住地					
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		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	個人番号				
	該当する所得区分	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	
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・連絡先（電話番号）		
受給者番号					
治療方針の変更	有・無	診断書の添付	有・無		
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">愛媛県知事 様</p>					

注1 不要の文字は、抹消すること。

2 次に掲げる書類を添付すること。ただし、(1)の書類は、前回の申請において(1)の書類を提出している者が引き続き当該精神通院医療に係る申請を行う場合であって、前回の申請時から病状及び治療方針の変更がないときは、添付することを要しない。

- (1) 自立支援医療（精神通院医療）診断書（様式第7号）
- (2) 医療保険の加入関係を示すものの写し
- (3) 受診者の属する「世帯」の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税非課税世帯については受給者に係る収入が確認できる資料）
- (4) 高額治療継続者にあつては、医療費の還付を示すものの写し
- (5) 変更の場合にあつては、自立支援医療受給者証（精神通院医療）（様式第1号）

〔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）				
備考					