

様式第2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)													
※1													
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名									年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	受診者住所	〒											
	個人番号												
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(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、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												
	フリガナ							電話番号	※2				
	保護者住所	〒											
	保護者個人番号												
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(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、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のみ使用します。											<input type="checkbox"/>		
受給者証の送付先	(該当番号に○をすること。) 1 受診者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他	(住所) 〒						(3の場合は、医療機関名を記入すること。) (医療機関名)					
		(2、4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。) (氏名) (受診者との続柄)											
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												
	受診者と同一保険の加入者個人番号												
	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			
精神障害者保健福祉手帳番号													
(有効期限 年 月 日まで)													
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)※5	医療機関名						所在地・電話番号						
	病院・診療所												
	薬局												
	デイケア												
訪問看護													
受給者番号※6													
(有効期限 年 月 日まで)													
診断書の添付※7	添付 ・ 前年度添付(病状の変化、治療方針の変更の有無 ※8)												
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>													
島根県知事						様							

- ※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○をすること。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- ※3 チェックシートを参照し、該当する区分に○をすること。
- ※4 チェックシートを参照し、該当する区分に○をすること。
- ※5 病院、診療所以外に、薬局、訪問看護事業者等も利用する場合は必ず記載すること。指定がないと自立支援医療を受けることができません。
- ※6 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
- ※7 新規又は再認定の場合のみ申請に係る診断書の添付状況に○をすること。前年度診断書を提出した方で、本申請にも診断書を添付する方は診断書の添付欄両方に○をすること。
- ※8 前年度に診断書を提出した方であっても、今回医師が病状の変化、治療方針の変更があった場合には「有」と記載の上診断書を添付すること。

ここから下の欄には記入しないでください。

島根県・市町村記入欄 ※は市町村が記入

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		
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					