

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	(80万円以下) 低1		(80万円超) 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										
	進達收受	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			