

自立支援医療費（育成医療・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		性別	男・女	年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名						明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	フリガナ		電話番号							
未 満 者 の 場 合 （ 十 八 歳 ）	フリガナ		受診者との関係							
	フリガナ		電話番号							
	保護者住所※2									
関 与 す る 事 項 に	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									
	該当する※3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※4	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（薬局及び訪問看護事業者並びに指定居宅サービス事業者を含む）	医療機関名				所在地・電話番号					
受給者番号※5					職権調査同意※6		同意する・同意しない			
治療方針の変更※7	有（診断書添付必要）				無					
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。										
平成 年 月 日										
宮崎県知事 殿								申請者名※8		印

備考

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。
- ※4 裏面のチェックシートを参照し、該当する区分に○をしてください。該当の場合のみ『重度かつ継続の意見書』が必要となります。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※6 申請書及び添付書類で、所得額等を認定できない場合、申請者の負担軽減のため、実施機関が、職権に基づき市町村等から世帯や所得等の情報の提供を受けること。いずれかに○をつけてください。（同意があっても、申請者に書類の提出等を求めることがあります。）
- ※7 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

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	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類（		標準負担額減額認定証
認定所得区分		月額負担上限額	円	重度かつ継続	該当・非該当・保留
前回の受給者番号		今回の受給者番号		認定年月日	
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	(前受給者証有効期限 ～H . . . / 交付日 H . . . )				職権 確認欄