

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）

①申請の内容に○

障害者・受診者が18歳未満の場合	フリガナ	ナガオカ タロウ						年齢	〇〇歳		生年月日	大正 昭和 平成 令和	
	受診者氏名	長岡 太郎									〇〇年△△月××日		
	フリガナ	ナガオカシオオテドリ						電話	②医療を受ける方の氏名・住所・生年月日・電話番号等を記入				
	受診者住所	長岡市大手通〇-△-×						③受診者が18歳未満の場合のみ保護者氏名等を記入。					
	受給者の個人番号を記入。	1	2	3	4	5	9	7	8	9			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	ナガオカ ハナコ						受診者との関係					
	保護者氏名	長岡 花子											
	フリガナ	ナガオカシオオテドリ						④保険証の内容を記入					
	医療を受ける方の被保険者証の記号及び番号を記入。	市大手通〇-△-×						保護者住所・電話番号は、受給者本人と異なる場合のみ記入。					
	受給者の被保険者証の記号及び番号を記入。	1	2	3	4	5	9	7	8	9	0	医療を受ける方が加入している保険者名を記入。	
	受給者の被保険者証の記号及び番号を記入。	123456-789						保険者名	〇〇〇〇組合				
拒絶に関する事項	受診者と同一保険の加入者	氏名					個人番号						
		長岡 花男	1	2	3	4	5	6	7	④保険証の内容を記入			
		長岡 次郎	1	2	3	4	5	6	7	受給者と同一保険加入者の個人番号を記入。			
	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	⑤医療機関を記入				
	身体障害者手帳番号	123456789				精神障害者保健福祉手帳番号	987654321						
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	〇〇〇〇病院 □□□□薬局						所在地・電話番号					
		複数申請するのであれば、全て記入。						長岡市幸町〇〇〇 0258-〇〇-××××× 長岡市幸町△△△ 0258-△△-×××××					
		再認定の場合、受診者の治療方針に変更があるか、記入。						手帳をお持ちの方はその手帳番号を記入。					
	受給者番号※5	1234567		治療方針の変更	有 無		診断書の添付※6、※7	有 ・ 無					
	支給認定期間の短縮 ※8	希望する ・ 希望しない			短縮後の支給認定期間の終期 ※8	平成〇〇年 △△月 末日							
	次回手帳と同時申請するため、支給認定期間を短縮する場合は、「希望する」に○。	新潟県長岡保健所長						⑥受給者氏名・申請日を記入・押印 ※障害児のときは保護者名を記入してもらう					
		長岡 太郎						前回申請に診断書の添付をしたかどうか、記入。					

- ※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自己負担割合）を記入する。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 精神障害者保健福祉手帳と有効期限を統一したい場合などに「希望する」に○をし、短縮後の支給認定期間の終期を記入する。

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	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	
前回の有効期限			月額自己負担上限額	
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				

記入例

第6号様式

同意書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

長岡市長様

医療を受ける者の住所
氏名を記入、押印する。

住所 **長岡市大手通〇-△-×**

氏名 **長岡太郎** 印

住所 **長岡市大手通〇-△-×**

氏名 **長岡花男** 印

医療を受ける方と同一保険に
加入している方全ての住所
氏名を記入、押印する。

住所 **長岡市大手通〇-△-×**

氏名 **長岡次郎** 印

住所

氏名 _____ 印

住所

氏名 _____ 印

障害者自立支援法第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第12条の規定に基づき行うことに同意します。