

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	(80万9千円以下)	低1	(80万9千円超)	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																		
市町村受理年月日		世帯確認書類				所得確認同意		所 得 区 分										
進達收受		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																
		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				