

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)												
障害者・児	※1											
	フリガナ			性別	男・女	年齢			歳	生年月日		
	受診者氏名									年 月 日		
	フリガナ							電話番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係				
	保護者氏名							電話番号 ※2				
	フリガナ											
	保護者住所 ※2	〒										
受給者証の送付先	保護者個人番号											
	(該当番号に○をすること。)		(住所)						(3の場合は、医療機関名を記入すること。)			
	1 受診者本人		〒						(医療機関名)			
	2 家族											
負担額に関する事項	3 受診する医療機関		(2、4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。)									
	4 その他		(氏名) (受診者との続柄)									
	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											
精神障害者保健福祉手帳番号	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)			
	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。)		医療機関名				所在地・電話番号					
受給者番号 ※5								(有効期限 年 月 日)				
診断書の添付 ※6		添付 ・ 前回の申請時添付(前回の申請時からの病状の変化又は治療方針の変更 ※7 有・無)										
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。											申請者氏名	
											(印) ※8	
											年 月 日	
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 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
- ※6 新規又は再認定の場合のみ該当する区分に○をすること(前回の申請の際に診断書を添付した方が本申請書にも診断書を添付する場合は、両方の区分に○をすること。)
- ※7 前回の申請時添付に○をした方は、該当する区分に○をすること。有に○をした場合は、診断書を添付すること。
- ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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					