

# 自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

市 町 収 受 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療費の

※ 該当する申請区分に○をしてください。

- [ 1 新規認定 2 再認定 3 認定内容変更 4 県外(広島市を含む)からの住所変更による認定 ]

障 害 者 ・ 児	フリガナ											生 年 月 日	明・大・昭・平・令	年 齢	歳	
	受診者氏名											年	月	日		
	受診者住所	〒 - 電話 ( )														
	※1 個人番号											※ 上記住所が住民票と異なる場合、住民票上の住所を記入してください。 〒 -				
満 受 診 者 が 1 8 歳 未 満	フリガナ											受診者との関係				
	保護者氏名											電話	( )			
	保護者住所 ※受診者と同じ場合は記入不要です。	〒 -														
負 担 額 に 関 す る 事 項	※1 個人番号															
	受診者の被保険者証の記号及び番号											保険者名				
	フリガナ															
	受診者と同一保険の加入者															
※1 受診者と同一保険の加入者個人番号											← 受診者と同一保険の加入者が2名以上の場合は、「世帯調書」に記入してください。					
該当する所得区分	生保等・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				
※2(太線)  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				
	① 主たる医療											〒 - 電話 ( )				
	② デイケア											〒 - 電話 ( )				
	③ 薬局											〒 - 電話 ( )				
	④ 訪問看護											〒 - 電話 ( )				
	⑤											〒 - 電話 ( )				
※記入省略(各都道府県又は指定都市が指定する指定薬局を利用できます。)																
精神障害者保健福祉手帳番号											自立支援医療費受給者番号					
精神障害者保健福祉手帳有効期限	年 月 末日										自立支援医療受給者証有効期限	年 月 末日				
病状の変化等(有・無)	前回申請時における診断書兼意見書の添付										添付書類					
※病状及び治療方針の変更の有無を選択してください。(有・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。 (受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。)																
申請者氏名 _____																
年 月 日																
広島県知事 様																
自立支援医療受給者証の送付先(○印)																
1 申請者 2 家族 3 医療機関												住所 〒 - 電話 ( )				
(2又は3に○の場合は、右欄も記入してください。)												氏名				

※1 個人番号及び申請者の身元を確認できるものが必要です。  
(個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等)

※2 認定内容の変更に係る申請の場合、太線の枠内は変更する箇所のみを記入してください。

※3 支給給付とは、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年第30号)による支給給付のことで。