様式第１号

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）

※該当する新規・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。

受診者	フリガナ		年齢	生　年　月　日
	氏　　名			
	住　　所	〒	電　話　番　号	
	個人番号			
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			
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電　話　番　号	
	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号		保険者番号	保険種別	
			保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号		

精神障害者保健福祉手帳番号		自立支援医療受給者番号	
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	所在地・電話番号	
備考	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右ボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。		□

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　※　申請者は原則受診者であるが、受診者が18歳未満の場合は保護者を申請者とすること

申請者氏名　　年　　月　　日

茨城県精神保健福祉センター長　殿

※　「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※　複数の病院・診療所等の受診を希望する場合は、「病院・診療所」、「精神科デイケア」、「その他の医療機関」の種別を記入。
（薬局、訪問看護事業者の種別については、記入不要）
※　主たる精神障害が高次脳機能障害又はてんかんであって、検査のために「その他の医療機関」の追加を希望する場合は、「その他（検査）」と記入。

---------- 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

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	市町村　受付年月日
所得確認方法	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（　　）	
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		