

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）※1							
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					年齢	生年月日
	個人番号					歳	
	受診者住所	〒 甘楽郡下仁田町大字			電話番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との 関係	
	個人番号						
	保護者住所※2	〒			電話番号 ※2		
負担額に関する事項	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						
	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							
受診を希望する指定自立支援医療機関の名称（変更の場合は、変更年月日も記載のこと。）						所在地・電話番号	
病院・診療所							
薬局							
訪問看護事業所							
受給者番号 ※5						※6 「世帯」の特例 有	
治療方針の変更 ※7	有 ・ 無			診断書の添付 ※8	有 ・ 無		
希望する有効期間の満了日 ※9	年 月 日						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。							
申請者氏名							
令和 年 月 日							
群馬県知事 あて							

- ※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、4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をすること。
- ※5 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
- ※6 世帯の特例を申請する場合に○をすること。
- ※7 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の場合のみ記入すること。  
「有」の場合、診断書を添付すること。
- ※8 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をすること。
- ※9 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の有効期間の短縮を希望する場合のみ記入すること。
- ※10 自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除のみなし適用を申請する場合は、別紙を添付すること。

----- 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（ ） 課税状況確認表（市町村確認）	
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		