

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

申請区分	※1 新規申請	再認定（更新申請）	医療機関変更・追加	所得区分変更									
フリガナ	カガシマ 太郎			生年月日									
受診者氏名	多賀城 太郎			年齢 40歳	昭和 60年4月1日 平成 令和								
フリガナ	カガシマ 花子			電話番号	090-0000-0000								
受診者住所	多賀城市中央二丁目1番1号												
受診者個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
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													
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	000 000000					保険者番号 保険者名	01234567 ●●健康保険組合					
	受診者と同一保険の加入者	多賀城 花子											
	受診者と同一保険の加入者個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
	該当する所得区分 ※3	1・2・3・4・5・6						重度かつ継続 ※4	該当・非該当				
身体障害者手帳番号						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（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名					所在地・電話番号							
	●●メンタルクリニック					●●市●●町●丁目1-1 022-000-000							
	●●調剤薬局 ●●店					●●市●●町●丁目1-12 022-000-001							
※8 医療機関変更及び追加の際の適用年月日 ● 年 ● 月 ● 日													
受給者番号 ※5													
治療方針の変更 ※6	有・無					診断書の添付 ※7	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。													
申請者氏名 多賀城 太郎													
令和 ● 年 ● 月 ● 日													
宮城県知事 殿													

※1 該当する申請の種類のいずれかに○をする。該当しない場合は、記載事項変更届又は再交付・返納届の様式を使用すること。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※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。

※5 再認定または変更の方のみ記入。

※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

※7 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。（平成22年4月支給認定分から適用）

※8 医療機関の変更及び追加の際の適用年月日が申請月日以外の場合記載すること。

----- 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						
前回所得区分	1・2・3・4・5・6					重度かつ継続	該当・非該当					
今回所得区分	1・2・3・4・5・6					重度かつ継続	該当・非該当					
所得確認書類	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		同意書による課税確認			その他収入等を証明する書類（ ）						
前回の受給者番号						前回の承認期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日					
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		
手帳（診断書添付による）同時申請の有無	有		無			他県・仙台市等からの転入の有無			有 無			