

(様式21)

自立支援医療費（育成・更生・**精神通院**）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

受診者	フリガナ 受診者氏名					年齢	歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所	〒 —				電話番号					
	個人番号										
受診者が 未 満 の 場 合 1 8 歳	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所 ※2	〒 —				電話番号 ※2					
	保護者個人番号										
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及び個人番号	加入者名	個人番号		加入者名	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				
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					
受給者番号 ※5					前回有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日					
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無				診断書の添付 ※6、※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											
年 月 日											
(宛 先) 秋田県知事											

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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○をしてください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください。（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○をしてください。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

----- 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 その他収入等を証明する書類（ ）				
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				
変更申請内容	（ 医 ・ 薬 ・ 訪看 ・ 所得区分 ） の （ 追加 ・ 変更 ）				
備考					市町村担当者 本人確認欄 <input type="checkbox"/>