

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・再登録・県外からの転入・所得区分変更）													
受診者	フリガナ氏名						年齢	歳	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	住所							電話番号					
	個人番号												
保護者	1	フリガナ氏名						受診者との続柄	電話番号				
		住所											
		個人番号											
	2	フリガナ氏名						受診者との続柄					
		住所											
		個人番号											
負担する額に項	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	氏名						個人番号					
該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						高額治療継続者 (重度かつ継続)	該当・非該当					
精神障害者保健福祉手帳番号						精神障害者保健福祉手帳の有効期限	年 月 日						
受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局・指定訪問看護事業者等を含む。)	名称						所在地	電話番号					
再認定の場 合に 変更	既存の自立支援医療受給者証	自立支援医療費受給者番号											
		有効期限					年 月 日						
	病状の変化及び治療方針の変更の有無						有 ・ 無						
	前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無					有 ・ 無							
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													
香川県知事 殿													

注 1 (新規・再認定・再登録・県外からの転入・所得区分変更)の欄は、いずれかを○で囲んでください。
 2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。

.....ここから下の欄には記載しないでください。.....
 自治体記載欄（裏面へつづく）

申請受付年月日		県提出年月日		認定年月日	
---------	--	--------	--	-------	--

自治体記載欄

前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者 (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	高額治療継続者 (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 } 公簿・年金書類・聞きとり 特別徴収税額決定通知書		
支給要件の確認方法	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			

受診者 () 様

職権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口	<input type="checkbox"/> () 総合センター・支所	<input type="checkbox"/> 郵送
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付)/公的証明書2点	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 (保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可)		
		<input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付)/公的証明書2点		
	上記以外の番号確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票	