

該当する区分に○印をつける。

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	フリガナ名	タカマツ ハナコ 高松 花子						年齢	〇〇歳		生年	月	日	大正昭和平成令和						
	住所	高松市番町〇丁目〇番〇号						電話番号	000-0000-0000											
	個人番号	○	○	○	○	×	×	×	×	△	△	△	△							
保護者	1	フリガナ名	受診者が18歳未満の場合のみ記入 (両親がいれば、2名とも必要)						受診者との続柄	電話番号										
		住所																		
		個人番号	○	○	○	○	×	×	×	×	△	△	△	△						
	2	フリガナ名	住所は、受診者本人と異なる場合に記入。 同じ場合は「同上」で可。						受診者との続柄											
		住所																		
		個人番号	○	○	○	○	×	×	×	×	△	△	△	△						
負担する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	(国保) 香川1 〇〇〇〇〇〇〇 〇〇 (協会健保) 〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇						保険者名	高松市 全国健康保険協会 〇〇支部											
	受診者と同一保険の加入者	氏名	高松 花男						個人番号											
			高松 花美						○	○	○	○	×	×	×	×	△	△	△	△
									○	○	○	○	×	×	×	×	△	△	△	△
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2						国保:同一保険に加入している方 全ての氏名 後期高齢:同一世帯で後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方全ての氏名 上記以外:被保険者の氏名						該当・非該当						
精神障害者保健福祉手帳番号	手帳をお持ちの方は番号と有効期限を記入						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	〇〇〇病院						所在地			電話番号									
		〇〇〇薬局						高松市〇〇町〇〇〇			〇〇〇-〇〇〇〇									
		デイケア、訪問看護等						高松市〇〇町〇〇〇			〇〇〇-〇〇〇〇									
		病院、薬局、訪問看護、デイケアなどあれば全て記入する。 それぞれ1箇所ずつのみ。																		
再認の場合に 変更記載	既存の自立支援医療受給者証の有効期限	自立支援医療費受給者番号						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。																				
年										月	日	申請者氏名			高松 花子					
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○
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、住所と異なる場合に記載してください。

受診者氏名
18歳未満の場合は保護者の氏名

.....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 ()		
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