

(様式21)

自立支援医療費（育成・更生・ <u>精神通院</u> ）支給認定申請書（新規・再認定・変更）														
※1														
受 診 者	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日				
	受診者氏名									大正 昭和 平成 令和 年 月 日				
	フリガナ							電話番号						
	受診者住所	〒 ー												
	個人番号													
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ							受診者との関係						
	保護者氏名													
	フリガナ							電話番号 ※2						
保護者住所 ※2	〒 ー													
	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 令和 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 ☐		