

自立支援医療費（精神通院）受給者証認定申請書（新規・再認定・変更）

鹿児島県知事 殿

私は下記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。

年 月 日

受診者の個人番号（ ）

氏 名  
（自署又は記名押印） ※18才未満の場合は保護者

現在お持ちの受給者 （新規の場合は記入不要）				有効期限	年 月 日	
受診者	フリガナ				生 年 月 日	
	氏 名				天正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日
	住 所	〒			電 話	
被保険者 記号・番号、 保険者名	記号 番号			受診者 と同じ 保険単 位の加 入者名 （全員）		
	保険者名					
保護者 （受診者が 18才未満 の場合）	フリガナ				保護者個人番号	受診者 の 続 柄
	氏 名					電 話
	住 所	〒				
指定医療 機 関	病院・ 診療所 名 称			住 所 電 話		
	薬 局 名 称			住 所 電 話		
	訪問看護 事 業 者 名 称			住 所 電 話		
治療方針の変更	有 ・ 無		診断書の添付	有 ・ 無		

- ①「新規」（県外からの転入を含む。）
- ②「再認定」（認定がいったん途切れても過去に県内において自立支援医療受給の経歴があれば再認定となります。）
- ③「変更」（指定医療機関、所得区分に変更がある場合）  
の場合はこの様式で申請してください。
- 上記以外の変更は「自立支援医療受給者証記載事項変更届」を提出してください。
- ただし、保険や保険加入者の変更によって所得区分が変わる場合は③「変更」となります。
- ③「変更」を申請する場合は、現在交付されている受給者証を必ず添付してください。

※ 市町村記入欄（申請者は記入しないでください。）

所得区分確認	生活保護受給証明書 市町村民税所得額・課税額証明書 その他（ ） 障害年金等の振込先の通帳（受給開始： 年 月 ←申請前1年以内に開始の場合記入）	
所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 前回（ ）	
重度かつ継続	該当 ・ 非該当 前回（ 該当 ・ 非該当 ）	
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	