

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																			
※該当する新規・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○をする。																			
受診者	フリガナ											年齢	生年月日						
	氏名											歳	年月日						
	住所	〒										電話番号							
個人番号																			
未受診者が18歳未満の場合	フリガナ											受診者との関係							
	保護者氏名																		
	保護者住所	〒 □受診者と同じ										電話番号							
保護者個人番号																			
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号									保険者番号						保険種別			
										保険者名									
	受診者と同じ保険の加入者	氏名								個人番号									
	該当する所得区分								重度かつ継続										
精神障害者保健福祉手帳番号										受給者番号									
治療方針の変更										診断書の添付									
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									
備考																			
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																			
北海道知事 殿																			

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。こと。
※ 「治療方針の変更」「診断書の添付」は継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。
（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
※ 「診断書の添付」は前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（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			
所得確認方法				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															
備考																			