（記載例）

①新たに「自立支援医療」を申請する方　→　新規に○
②前回の有効期限が切れている方→新規に○
③有効期間内に継続の申請をする方→継続に○

医療を受ける方を記入してください

様式第1号

自立支援医療（精神通院医療）支給認定申請書（ 新規 ・ 継続 ）

受診者	フリガナ	ナミエ　イチロウ	性別	男・女	年齢	39 歳	生年月日 明・大・昭・平 ○○年△△月□□日
	氏名	浪　江　一　郎					
	フリガナ	ﾌｸｼﾏｹﾝ　ﾌﾀﾊﾞｸﾞﾝ　ﾅﾐｴﾏﾁ　ｵｵｱｻﾞ　ｷﾖﾊｼ　ｱｻﾞ　ﾛｸﾀﾝﾀﾞ				電話番号	024－521－○○○○
	住所	〒979-1592 福島県双葉郡浪江町大字幾世橋字六反田○-					
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0					
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						
	フリガナ					電話番号	－ －
	保護者住所	〒					
	保護者個人番号						

受診者が18歳以上なら、保護者欄は記載不要です

受診者の個人番号（マイナンバー）12桁を、間違えないよう記載してください

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	島85　○○○○○○	保険者名称	浪江町
	保険の区分	1 健保（本人　家族）　2 国保　一般　退職本人　退職家族）　3 船保（本人　家族 4 各種共済（本人　家族）　5 後期高齢者医療　6 生保（受給中　申請中：福祉事務所名　　） 7 労災　8 保険未加入　9 その他（　　）		
	受診者と同一保険の加入者	浪江 太郎　　浪江 花子		
	受診者と同一保険の加入者個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1		

記載例：
○○市　△△町　□□村
全国健康保険協会○○支部
×××健康保険組合　等

受診者と同一保険の加入者が多数の場合、別紙（書式は任意）に氏名と各々の個人番号を記載してください

受診者と同一保険(国保は同一世帯)に加入している方を全員記載

該当する所得区分	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯		市町村民税課税世帯		
		受給者の年間収入額 ＿＿＿円		属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割） 15,000 円		
		（80万円以下）	（80万円超）	（3万3千円未満）	（23万5千円未満）	（23万5千円以上）
	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
重度かつ継続	（所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合）			該当 ・ 非該当		

受診者が18歳未満の場合は保護者

所得額、又は課税額を記載し、該当する区分を囲む

手帳所持者は記載

重度かつ継続に該当する場合は、該当を囲む。

精神障害者保健福祉手帳番号	876543	精神障害者保健福祉手帳の有効期限	平成 29 年 3 月 31 日

通院する医療機関を1ヶ所記入する

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）の内容		医療機関名	所在地	電話番号
	診療所	○○○病院	△△市△△町○－○○	○○○-△△△-××××
	デイケア	×××クリニック	△△市△△町××	×××-○○○-××××
	薬局	△△△薬局	△△市△△町△△△－△	△△△△-□□-××××
	訪問看護	□□□訪問看護センター	△△市△△町□－□	□□□-○○○-××××

医師の指示で他院へも通院する場合記入する

院外処方の場合は薬局も指定する

現在の受給者番号（再認定・変更の場合に記入）	1234567	現在の受給者証の有効期限（再認定・変更の場合に記入）	平成 28 年 3 月 31 日

現在所持する受給者証の受給者番号及び有効期限を記載

私は、上記のとおり、自立支援医療費（精神通院医療）の支給を申請します。

平成29年　3月　1日

申請者氏名　浪江　一郎　印

福島県知事

記名押印又は自筆による署名のいずれかとする

（注意）
1 新規・継続のいずれかに○を付けてください。
2 世帯区分及び所得区分を確認する書類を添付してください。
3 重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。

ここから下は記入しないでください

自治体記入欄

市町村受理年月日	世帯確認書類	所得確認同意	所得区分					
	被保険者証等　住民票　不要	有　無	前回	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上
								一定以上
進								印
	備考		県確認	所得区分				

○負担額に関する事項
①受診者と同一保険の加入者欄
・国民健康保険に加入されている方は、同一記号番号となっている方全て
・国民健康保険以外の医療保険に加入されている方は、同一保険に加入している被保険者と家族(被扶養者)の方すべてを記載してください。
②該当する所得区分欄
・市町村民税の課税状況は市町村で発行する課税証明書で確認できますが、不明な場合は、同封の同意書を提出することで、市町村が課税状況を確認することもできます。ただし、過去1年以内に他の市町村から転入した場合など、市町村に課税情報が無い場合は、同意書による確認はできません。