

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書【新規・再認定・継続・変更（保険・所得区分・医療機関等）・県外からの転入】															
受診者	フリガナ									性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
	受診者氏名														
	受診者住所	〒 ー 電話 ()													
	個人番号										住民票上の住所（上記住所と異なる場合のみ記入ください）				
	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町村名を）秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。														☐
に受診者が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	上記の「受診者住所」又は「住民票上の住所」と同じ場合は、下のボックスにチェックを入れて記入を省略できます。 ☐ 受診者住所と同じ ☐ 住民票上の住所と同じ 〒 ー 電話 ()													
	個人番号														
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の保険の種類	健康保険（社会保険等）・国民健康保険 各種共済・後期高齢・生保 その他（ ）							保険者名						
									記号及び番号						
	受診者と同一保険の加入者	受診者と同一保険の加入者について、裏面の「個人番号に係る世帯調書」に記入してください。													
	該当する所得区分	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				
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） （ここに記入し認定を受けた指定自立支援医療機関以外では利用できません。）	医療の内容	医 療 機 関 名							所 在 地 ・ 電 話 番 号						
	病院 診療所														
	薬 局														
	訪問看護ステーション														
精神障害者保健福祉手帳番号								精神障害者保健福祉手帳有効期限	平成	年	月	末日			
自立支援医療費受給者番号								自立支援医療受給者証有効期限	平成	年	月	末日			
治療方針の変更	有 ・ 無							診断書の添付		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。 （受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。）												市町受付印			
申請者氏名 _____ 印 ※記名押印又は自書による署名 ☐ 受診者住所と同じ 申請者住所※ 〒 _____ 受診者との関係※ _____ _____ 電話番号※ () _____ ※代理人による申請の場合にのみ記入 平成 年 月 日 山 口 県 知 事 様															

----- ここから下には記入しないでください。 -----

自治体記入欄（朱書きしてください。）

進達年月日		県受付日		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		
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					

個人番号に係る世帯調書

裏

- ◆ 「1月1日の住民票の住所」欄には、新規申請では、1月から6月までの間に申請する場合は前年の1月1日、7月から12月の間に申請する場合は申請年1月1日時点の住所を記入してください。例：平成30年6月に申請する場合→平成29年1月1日の住民票上の住所を記入。
平成30年7月に申請する場合→平成30年1月1日の住民票上の住所を記入。

- ◆ 受診者が加入している保険が「国民健康保険」及び「後期高齢者医療」以外の保険の場合は、被保険者の情報のみ記入してください。

受診者	1月1日の住民票上の住所	申請書記載の「受診者住所」又は「住民票上の住所」と同じ場合は、下のボックスにチェックを入れて記入を省略できます。 ☐ 受診者住所と同じ ☐ 住民票上の住所と同じ										16歳以上19歳未満の扶養親族の人数
		〒 —										

① 受診者と 同じ医療 保険の 加入者	フリガナ											性 別	男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 齢	歳
	氏名																
	1月1日の住民票上の住所	☐ ←上記（受診者の1月1日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒 —															
	個人番号												16歳以上19歳未満の扶養親族の人数				
② 受診者と 同じ医療 保険の 加入者	フリガナ											性 別	男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 齢	歳
	氏名																
	1月1日の住民票上の住所	☐ ←上記（受診者の1月1日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒 —															
	個人番号												16歳以上19歳未満の扶養親族の人数				
③ 受診者と 同じ医療 保険の 加入者	フリガナ											性 別	男 ・ 女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年 齢	歳
	氏名																
	1月1日の住民票上の住所	☐ ←上記（受診者の1月1日の住民票上の住所）と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒 —															
	個人番号												16歳以上19歳未満の扶養親族の人数				

※欄が足らなくなった場合には、本用紙をコピーして4人目以降を記載してください。なお、コピーしたものには下の同意書欄への記入は不要です。

同 意 書	
市・町長 様	
私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第12条の規定に基づく「自立支援給付に関して必要があると認める事項」について、調査されることに同意します。	
平成 年 月 日	住所: _____ (同意者) _____ 氏名: _____ ⑩ ※記名押印又は自書による署名

委 任 状	
山口県知事 様	平成 年 月 日
住所: _____	
委任者 (受診者本人 又は保護者)	氏名: _____ ⑩ 電話番号: _____ ()
※記名押印又は自書による署名	
私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療給付に関する申請並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票の収受に関する一切の権限について、下記の者に委任します。	
住所: _____	電話番号: _____ ()
委任者 (代理人)	氏名: _____ 委任者との関係: _____

個人番号用受付確認欄

本人確認	番号確認（受診者本人）	身元確認（受診者本人／代理人）	代理権確認
	☐ 個人番号カード ☐ 番号通知カード ☐ 住民票 ☐ 住基 ☐ その他（ ）	1点確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 ☐ その他（ ） 2点確認 ☐ 医療保険の被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ その他（ ）	☐ 戸籍簿 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ 官公署又は個人番号実施者から本人に対してに限り発行された書類等