

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・再登録・県外からの転入・所得区分変更）											
受診者	フリガナ氏名				年齢	歳	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	住所						電話番号				
	個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	
保護者	1	フリガナ氏名				受診者との続柄	電話番号				
		住所									
		個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
	2	フリガナ氏名				受診者との続柄					
		住所									
		個人番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
負担する額に項	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	氏名				個人番号	.....	.....	.....	.....	.....
		.....				.....	.....	.....	.....	.....	.....
		.....				.....	.....	.....	.....	.....	.....
		.....				.....	.....	.....	.....	.....	.....
該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					高額治療継続者（重度かつ継	該当・非該当				
精神障害者保健福祉手帳番号					精神障害者保健福祉手帳の有効期限	令和	年	月	日		
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）	区分	名称			所在地			電話番号			
	病院										
	薬局										
	訪問看護										
	デイケア										
再認場合・変更記載	既存の自立支援医療受給者証	自立支援医療費受給者番号									
		有効期限				令和	年	月	日		
	病状の変化及び治療方針の変更の有無					有 ・ 無					
	前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無					有 ・ 無					
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											
香川県知事 殿											

注 1 （新規・再認定・再登録・県外からの転入・所得区分変更）の欄は、いずれかを○で囲んでください。  
 2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。

.....ここから下の欄には記載しないでください。.....

自治体記載欄（裏面へつづく）

申請受付年月日	県提出年月日	認定年月日	
---------	--------	-------	--

自治体記載欄

前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者 (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	高額治療継続者 (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 ( )		
支給要件の確認方法	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			