

|                                                  |                       |       |  |       |  |                                         |  |                      |       |  |  |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-------|--|-------|--|-----------------------------------------|--|----------------------|-------|--|--|
| 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                                            |                       |       |  | 申請者氏名 |  |                                         |  |                      |       |  |  |
| ※18才未満の場合は保護者                                    |                       |       |  |       |  |                                         |  |                      |       |  |  |
| 現在お持ちの受給者<br>(新規の場合は記入不要)                        |                       |       |  |       |  | 有効期限                                    |  | 年 月 日                |       |  |  |
| 受診者<br><br>変更<br>(有・無)                           | フリガナ                  |       |  |       |  |                                         |  | 生 年 月 日              |       |  |  |
|                                                  | 氏 名                   |       |  |       |  |                                         |  | 大正・昭和<br>平成・令和<br>西暦 | 年 月 日 |  |  |
|                                                  | 住 所                   | 〒     |  |       |  |                                         |  | 電 話                  |       |  |  |
|                                                  | 個人番号<br>(マイナンバー)      |       |  |       |  |                                         |  |                      |       |  |  |
| 受診者の加入<br>医療保険の<br>記号・番号、<br>保険者名<br>変更<br>(有・無) | 記号                    |       |  |       |  | 受診者<br>と同じ<br>保険単<br>位の加<br>入者名<br>(全員) |  |                      |       |  |  |
|                                                  | 番号一桁番<br>(番号)         | 一(枝番) |  |       |  |                                         |  |                      |       |  |  |
|                                                  | 保険者名                  |       |  |       |  |                                         |  |                      |       |  |  |
| 保護者(受診<br>者が18才未<br>満の場合)<br>変更<br>(有・無)         | フリガナ                  |       |  |       |  | 保護者個人番号                                 |  | 受診者との<br>続柄          |       |  |  |
|                                                  | 氏 名                   |       |  |       |  |                                         |  | 電 話                  |       |  |  |
|                                                  | 住 所                   | 〒     |  |       |  |                                         |  |                      |       |  |  |
| 指定医療<br>機関<br><br>変更<br>(有・無)                    | 病 院 ・<br>診 療 所<br>名 称 |       |  |       |  | 住 所<br>電 話                              |  |                      |       |  |  |
|                                                  | 薬 局<br>名 称            |       |  |       |  | 住 所<br>電 話                              |  |                      |       |  |  |
|                                                  | 訪問看護<br>事 業 者<br>名 称  |       |  |       |  | 住 所<br>電 話                              |  |                      |       |  |  |
| 治療方針の変更                                          |                       | 有 ・ 無 |  |       |  | 診断書の添付                                  |  | 有 ・ 無                |       |  |  |

この申請書様式で申請するのは以下①～③の場合です。

- ①「新 規」（県外からの転入を含む。）
- ②「再認定」（認定が一旦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、所得区分の変更。）

※「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。

※変更項目だけでなく、変更のない項目も全て記載してください。変更項目には「有」に○を付けてください。

- 氏名、住所、保護者、保険に変更がある場合は、別様式「自立支援医療受給者証記載事項変更届」で提出してください。

※ 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（<br>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       |  |                 |  |