

様式第27号の2(第27条の2関係)

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定(新規・再認定・変更)申請書

※1

年 月 日

鳥取市長 様

申請者氏名

次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------|-----------------------|--|--|-----------------|----------|------|---------|--|--|------------|--|--|--|
| 障がい者・児 | フリガナ 受診者氏名 | | | | | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 | | | | | | |
| | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | フリガナ 受診者住所 | | | | | 電話番号 | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ 保護者氏名 | | | | | 受診者との続柄 | | | | | | | | |
| | フリガナ 保護者住所 ※2 | | | | | | | | | | 電話番号 ※2 | | | |
| | 保護者個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証等の記号、番号等 | | | | | 保険者名 | | | | | | | |
| 受診者が加入する医療保険の被保険者 | | 氏 名 | | | | 個 人 番 号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 該当する所得区分※3 | | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | | 重度かつ継続※4 | | 該当・非該当 | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 受 給 者 番 号 ※5 | | | | | | | | | | | | | | |

注

- 1 ※1の欄は、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○を付けること。
- 2 ※2の欄は、受診者本人と異なる場合に記載すること。
- 3 ※3及び※4の欄は、該当する区分に○を付けること。
- 4 ※5の欄は、再認定又は変更の場合に記載すること。
- 5 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

添付書類

- 1 診断書(様式第27号の3)
- 2 所得状況及び高額治療継続者であることを証する書類その他負担上限月額の算定のために必要な事項に関する書類
- 3 支給認定に係る医療受給者証(申請を行う障害者又は障害児の保護者が現に支給認定を受けている場合に限る。)
- 4 変更の場合にあっては、その事実を証する書類

----- ここから下の欄には記載しないでください。 -----

行政庁記入欄

| | | | | | |
|----------|--|-------|----------|--------|--------|
| 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 |
| 所得確認書類 | 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 | | | | |
| 年金受給 | 有・無 | | 期間短縮希望 | 有・無 | |
| 備考 | | | | | |