

|                                                                                       |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--|--|-----------------|-----------------------------|---------------|----------------------------|--------------|
| 自立支援医療費（ <b>育成</b> ）更生・精神通院）支給認定申請書（ <b>新規</b> ・再認定・変更）※1                             |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
| 障害者・児                                                                                 | フリガナ              | イシカワ タロウ                        |  |  |                 | 年齢                          | 12 歳          | 生 年 月 日                    |              |
|                                                                                       | 受診者氏名             | 石川 太郎                           |  |  |                 |                             |               | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 25 年 1 月 1 日 |
|                                                                                       | フリガナ              | イシカワマチ アザ シモイズミ                 |  |  |                 | 電話番号                        | 0247-26-2111  |                            |              |
| 受診者住所                                                                                 | 石川町字下泉153-2       |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
| 個人番号                                                                                  |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
| 受診者が18歳未満の場合                                                                          | フリガナ              | イシカワ ハナコ                        |  |  |                 | 受診者との関係                     | 母             |                            |              |
|                                                                                       | 保護者氏名             | 石川 花子                           |  |  |                 |                             |               |                            |              |
|                                                                                       | フリガナ              |                                 |  |  |                 | 電話番号<br>※2                  |               |                            |              |
| 保護者住所<br>※2                                                                           |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
| 保護者個人番号                                                                               |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
| 負担額に関する事項                                                                             | 受診者の加入医療保険の記号及び番号 | 島67 10-30                       |  |  | 保険者名            | 石川町                         |               |                            |              |
|                                                                                       | 受診者と同一保険の加入者      | 石川 次郎                           |  |  |                 |                             |               |                            |              |
|                                                                                       | 受診者と同一保険の加入者個人番号  |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
|                                                                                       | 該当する所得区分<br>※3    | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 |  |  |                 |                             | 重度かつ<br>継続 ※4 | 該当 ・ 非該当                   |              |
| 身体障害者手帳<br>番号                                                                         | 福島県第123456号       |                                 |  |  | 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             |               |                            |              |
|                                                                                       | 公立岩瀬病院            |                                 |  |  |                 | 須賀川市00051-1<br>0248-75-1234 |               |                            |              |
| 受給者番号 ※5                                                                              |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |
| 治療方針の変更 ※6                                                                            | 有 ・ 無             |                                 |  |  | 診断書の添付<br>※6、※7 | 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。<br><br>申請者氏名<br><br>令和 7 年 2 月 1 日<br><br>福島県知事<br>石川町長 殿 |                   |                                 |  |  |                 |                             |               |                            |              |

※1 該当する医療の種類及び新規・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○をする。  
※2 受診者本人と異なる場合に記入。  
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  
※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  
※5 再認定または変更の方のみ記入。  
※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）  
※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

ここから下の欄には記入しないでください。

|          |                                                                         |  |  |       |          |            |          |  |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|-------|----------|------------|----------|--|--|
| 自治体記入欄   |                                                                         |  |  |       |          |            |          |  |  |
| 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<br>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<br>継続 | 該当 ・ 非該当 |  |  |
| 所得確認方法   | 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<br>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                       |  |  |       |          |            |          |  |  |
| 備 考      |                                                                         |  |  |       |          |            |          |  |  |