

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・継続・変更(保険・所得区分・医療機関)・転入】※1

※府記入欄

Main application form with sections for applicant information, guardian information, insurance details, income, and medical institution selection.

- ※1 新規・再認定・継続・変更(保険、所得区分及び指定医療機関の変更申請の場合)・転入のいずれかに○をしてください。
※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
※3 生活保護受給中の場合は、記入は不要です。
※4 市町村住民税非課税世帯の方は、「自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請について」の「3. 公的年金の記載について」を確認の上、該当する公的年金等の有無及び必要事項を記載してください。
※5 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいいます。)の場合に記入してください。
※6 前年度(1年目)の申請に係る診断書(写し)の添付状況について○をしてください。
※7 次の区分から選択し、数字を記入してください。(1:通院 2:薬局 3:デイナイトケア 4:訪問看護 5:検査 6:その他)
※8 新規に医療機関等を追加する場合の有効期間の始期は、市町村の受付日となります。
※9 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。

市町村記入欄

Local government entry section with fields for income classification, medical institution submission, and previous application details.