

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定変更申請書及び記載事項変更届

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|-------------------------|--|---------------|--|------------------|--|-------------------|--|--------------------|--|----------|------------------------------------|-----------|---|---|
| 受診者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | (電話番号) | - | - |) |
| 受診者が 場合18 歳未満 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | (電話番号) | - | - |) |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証の有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※変更内容が所得区分の変更の場合のみ記入すること | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請事項 | 事項 | 変更前 | | | | | | | | | | | | 変更後 | | | |
| | 指定医療機関に関する事項 | (病院(診療所)・デイケア・薬局・訪問看護 変更内容を○で囲み記入) | | | | | | | | | | | | (病院(診療所)・デイケア・薬局・訪問看護 変更内容を○で囲み記入) | | | |
| | 該当する所得区分 ※変更後の内容を記載 | 生活保護世帯 | 市町村民税非課税世帯 受給者の年間収入額 | | | | | | | | | 市町村民税課税世帯 属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割) | | | | | |
| | 重度かつ継続 ※変更後の内容を記載 | 生保 | (80万円以下) 低1 | | (80万円超) 低2 | | (3万3千円未満) 中間1 | | (23万5千円未満) 中間2 | | (23万5千円以上) 一定以上 | | 該当 ・ 非該当 | | | | |
| 届出事項 | 受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) | | | | | | | | | | | | | (上記のとおり 申請内容と同じ場合○で囲む) | | | |
| | 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) | | | | | | | | | | | | | (上記のとおり 申請内容と同じ場合○で囲む) | | | |
| | 被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名称・受診者と同一の加入者) | (記号及び番号) | ③ | | | | | | | | | (記号及び番号) | ④ | | | | |
| 私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり申請(届出)します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

①

②

③

④

「薬局」を○で囲む

〇〇〇〇調剤薬局 △△店
住所:郡山市××町 ●番●号

院外処方、自立支援医療費(精神通院医療)受給者証に院外薬局の追加申請が必要です

<用紙>

- ①福島県HPからダウンロード ②各市町村窓口 ③星ヶ丘病院受付

<記載項目>

- ①提出窓口で担当者に聞きながら記載できます ②太枠内を記載します

<申請・提出先>

- ①令和8年4月1日以降の初回受診日までに申請ください
- ②自立支援医療費(精神通院医療)受給者証をご持参ください
- ③提出先は各市町村です ※郡山市は、郡山市保健所 保健・感染症課