

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・変更・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1												
障害者・児	フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日			大・昭・平・令 年 月 日
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)						電話番号				
	個人番号											
受診者が 場18歳未満の	フリガナ 保護者氏名							受診者との 関係（いず れかに○）	父 ・ 母 ・ 祖父母 兄弟姉妹・その他（ ）			
	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	保険の種類 ※3	健保（本人・家族）、国保（一般・退職本人・退職家族）、船保（本人・家族）、各種共済（本人・家族）、老保、労災、生保（受給中・申請中）、その他（ ）										
	受診者の被保険者証 の記号及び番号				保険者名							
	受診者と同一保険 の加入者											
	受診者と同一保険 の加入者個人番号											
	該当する所得区分 ※4	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 ・ 未申請			
	障害年金等 ※5	無	有（種類： ）									
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号				手帳の 有効期限	令和 年 月 日 (平成 年 月 日)			手帳の 等級	級			
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) 種別には、病院・診療所、 薬局、デイケア、訪問看護 を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号									変更の時	
											追加・削除	
											追加・削除	
											追加・削除	
											追加・削除	
受給者番号 ※7				既存の受給者証の 有効期限 ※7	令和 年 月 日 (平成 年 月 日)							
治療方針の変更 ※8	有 ・ 無			前年度診断書の添付 ※8、※9	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。 申請者氏名 印 ※10 年 月 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿												

自治体記入欄（再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。）

受付市町村名											
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 ・ 未申請			
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 ・ 未申請			
所得確認書類	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		
	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	
-----	--

市町村受付印