

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				年齢	電話番号	生年月日 歳 大・昭・平・令 年月日											
	フリガナ 受診者住所	(〒 一 )																
個人番号																		
受診者が 場1 合8 歳未 満の	フリガナ 保護者氏名				受診者との 関係（いす 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	(〒 一 )																
	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	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、ティケ 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								
										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					