

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書①（新規・再認定・変更）

② 障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別 男・女	年齢 歳	生年月日	
	受診者住所			電話番号		
	個人番号					
③ 受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名			受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所			電話番号		
	個人番号					
負担額に関する事項	④受診者の被保険者証の記号及び番号		④保険者名	※保険証の写しを添付		
	⑤受診者と同一保険の加入者	(個人番号)		(個人番号)		
		(個人番号)		(個人番号)		
		(個人番号)		(個人番号)		
	⑥該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		⑦重度かつ継続	該当・非該当	
	⑧障害年金・老齢年金等の受給の有無	無・有	障害年金・老齢年金・遺族年金・その他の年金（ ）			
⑨特別障害者手当等の受給の有無	無・有	特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当				
⑩受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業を含む）	医療機関名			所在地・電話番号		
⑪現在の受給者番号及び有効期限	(番号)	(有効期限) 令和 年 月 日	(備考)			
⑫精神障害者保健福祉手帳番号及び有効期限	(番号)	(有効期限) 令和 年 月 日	療育手帳の所持の有 有 無			
⑬治療方針の変更 ※再認定申請の方のみ記入	有・無		⑭診断書の添付 ※再認定申請の方のみ記入	有（医療用）・有（手帳用）・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。						
<p style="text-align: center;">⑮申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">大分県知事 殿</p>						

ここから下の欄には記入しないでください。

※市町村記入欄

市町村受付印	重度かつ継続	所得区分	
	該当・非該当	生活保護・低所得1・低所得2・中間所得1・中間所得2・一定以上	
		担当者確認印	備考

※大分県精神保健福祉センター記入欄

重度かつ継続	備考
該当・非該当	
支給要件の確認方法	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