

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			年齢	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	受診者住所	〒 ー		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			
	保護者住所	〒 ー		電話番号			
	保護者個人番号						
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	(氏名)	(個人番号)	(氏名)	(個人番号)		
		(氏名)	(個人番号)	(氏名)	(個人番号)		
		(氏名)	(個人番号)	(氏名)	(個人番号)		
		(氏名)	(個人番号)	(氏名)	(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・訪問看護事業者を含む)	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)	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)	年 月 日	療育手帳の所持の有無 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。							
⑮申請者氏名			印				
令和 年 月 日 大分県知事 殿							

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(高額療養費)	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
-----------	---

(この用紙は日本産業規格A列4番を基準とする。)