

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 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		
	保護者住所					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								
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
-----------	---