

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 明治 大正 昭和 平成 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				印			
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
-----------	---