

記入例 新規

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書													
<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定・変更・他県からの転入・再発行（理由：_____）													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	シメ タロウ 志免 太郎					年齢	46歳	生年月日 大・ <input checked="" type="checkbox"/> ・平・令 50年5月1日				
	フリガナ 受診者住所	シメマチ シメチュウオウ (〒811-1234) 志免町志免中央1丁目1番1号					電話番号	092-123-4567					
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
受診者が 場合18歳未満の	フリガナ 保護者氏名						受診者との 関係（いす	父・母・祖父母					
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒_____)											
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 一般・退職本人・退職家族）、船保（本 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	12345678 01					保険者名	志免町					
	受診者と同一保険 の加入者	志免 花子											
	受診者と同一保険 の加入者個人番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1
	該当する所得区分 ※4	生保・低1・ <input checked="" type="checkbox"/> 低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ 継続 ※4	該当・非該当・ <input checked="" type="checkbox"/> 未申請				
障害年金等 ※5	無	<input checked="" type="checkbox"/> （種類：障害年金2級）											
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、デイケア、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	
	病院	福岡精神クリニック 福岡県糟屋郡志免町別府1丁目2番3号 092-935-1234										追加・削除	
	薬局	九州薬局 志免店 福岡県糟屋郡志免町別府2丁目3番4号 092-935-5678										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 志免 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> ※10 令和 3 年 6 月 1 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿													

健保（社会保険）：受診者が被保険者である場合は記入不要
受診者が被扶養者である場合は被保険者を記入
国保・後期高齢：同世帯で同じ保険の方を全員記入
生活保護：記入不要

- ※1 該当する新規・再認定・変更（自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）・他県からの転入・再発行（理由を記載すること）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 該当する保険の種類全てに○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入する。（有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。）
- ※6 変更の際は、①医療機関の追加のみの場合、追加する医療機関のみを記載の上、追加に○をする。②医療機関の変更の場合は、新・旧の医療機関を記載の上、追加・削除に○をする。
- ※7 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入する。
- ※8 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入する。
- ※9 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写し）の添付状況に○をする。
- ※10 申請者氏名については、記名押印（印鑑は3枚全てに押すこと）又は自筆による署名のいずれかとする。

注）申請の際は、診断書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

市町村受付印