

| 自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書   |                  |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
|--|------------------|---|---------|--|--|--|--------------|----------------|------------------------|-------|---|--|
| [新規・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             |   |         |  |  |  |              | 性別             | 年齢                     | 生年月日  |   |  |
|  | 受診者氏名            |   |         |  |  |  |              | 男・女            | 歳                      | 年 月 日 |   |  |
|  | フリガナ             | (〒 - )  |         |  |  |  |              | 電話番号           |                        |       |   |  |
|  | 受診者住所            |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
| 受診者が18歳未満の場合   | フリガナ             |   |         |  |  |  |              | 受診者との関係(いずれかに) | 父・母・祖父母<br>兄弟姉妹・その他( ) |       |   |  |
|  | 保護者氏名            |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
|  | フリガナ             | (〒 - )  |         |  |  |  |              | 電話番号           |                        |       |   |  |
|  | 保護者住所            |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
| 負担額に関する事項  | 保険の種類            | 健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、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 |   |         |  |  |  |              | 保険者名           |                        |       |   |  |
|  | 受診者と同一保険の加入者     |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
|  | 受診者と同一保険の加入者個人番号 |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
|  | 該当する所得区分         | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上   |         |  |  |  |              | 重度かつ継続         | 該当・非該当・未申請             |       |   |  |
| 障害年金等  | 無                |   | 有(種類: ) |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |
| 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      | 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。 | 種別               | 医療機関名・所在地・電話番号  |         |  |  |  |              |                |                        | 変更の時  |   |  |
|  |                  |   |         |  |  |  |              |                |                        | 追加・削除 |   |  |
|  |                  |   |         |  |  |  |              |                |                        | 追加・削除 |   |  |
|  |                  |   |         |  |  |  |              |                |                        | 追加・削除 |   |  |
|  |                  |   |         |  |  |  |              |                |                        | 追加・削除 |   |  |
| 受給者番号  |                  |   |         |  |  |  | 既存の受給者証の有効期限 | 年 月 日          |                        |       |   |  |
| 治療方針の変更  | 有・無              |   |         |  |  |  | 前年度診断書の添付    | 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 (印) 年 月 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿                                  |                  |   |         |  |  |  |              |                |                        |       |   |  |

自治体記入欄(再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。)

|          |  |               |   |     |               |        |  |  |  |
|----------|--|---------------|---|-----|---------------|--------|--|--|--|
| 受付市町村名   | 春日市  |               |   |     |               |        |  |  |  |
| 前回所得区分   | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上  | 重度かつ継続        | 該当・非該当・未申請  |     |               |        |  |  |  |
| 今回所得区分   | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上  | 重度かつ継続        | 該当・非該当・未申請  |     |               |        |  |  |  |
| 所得確認書類   | 個人番号 市町村住民税課税証明書 市町村住民税非課税証明書 標準負担額減額認定証<br>生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( )  |               |   |     |               |        |  |  |  |
| 前回の受給者番号 |  |               | 今回の受給者番号  |     |               |        |  |  |  |
| 診断書の提出   | 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  |               |   |     |               |        |  |  |  |
| 備考       | <ul style="list-style-type: none"> <li>所得等については、春日市福祉事務所において確認済み。</li> <li>マイナンバー確認方法<br/>個人番号カード → 身元確認書類<br/>通知カード → 免許証 住基カード<br/>その他( ) 障がい者手帳<br/>不持参 保険証等2点</li> </ul> |               | <table border="1"> <tr> <td>認定日</td> <td>精神保健福祉センター受付印</td> <td>市町村受付印</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 認定日 | 精神保健福祉センター受付印 | 市町村受付印 |  |  |  |
|          | 認定日  | 精神保健福祉センター受付印 | 市町村受付印  |     |               |        |  |  |  |
|          |  |               |   |     |               |        |  |  |  |
|          |  |               |   |     |               |        |  |  |  |