

自立支援医療費（精神通院）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： ）]※1										
障がい者・児	フリガナ 受診者氏名					年齢			生年月日	
	受診者住所					電話番号				
	個人番号									
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※2					電話番号※2				
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	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※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続※4		該当・非該当		
障害年金等 ※5	無	有（種類：障がい年金 級・遺族年金 級・その他 ）						年中		円
身体障害者手帳番号			身障手帳種別等級			精神手帳番号			精神手帳等級	
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								追加・削除	
	デイケア								追加・削除	
	薬局								追加・削除	
	薬局								追加・削除	
	訪問看護								追加・削除	
	訪問看護								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			
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。										
令和 年 月 日										
申請者氏名				印 ※10		福岡県精神保健福祉センター所長 殿				

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

受付市町村名	飯塚市									
前回取得区分	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			
今回取得区分	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			
所得確認書類	個人番号		市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定書			
	生活保護受給世帯の証明書		その他の収入を証明する書類（ ）							
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	病院送付・自宅送付				認定日		精神保健福祉センター受付印		市町村受付印	