

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： ）〕※1												
障がい者・児	フリガナ 受診者氏名					年齢	歳	生 年 月 日 大・昭・平・令 年 月 日				
	フリガナ 受診者住所	(〒 - )				電話番号						
	個人番号											
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（いずれかに○）	父 ・ 母 ・ 祖父母 兄弟姉妹・その他（ ）					
	フリガナ 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	保険の種類 ※3	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 ※4	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 ・ 未申請				
障害年金等 ※5	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	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		
										追加・削除		
										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						
治療方針の変更 ※8	有 ・ 無				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												
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											
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証		
	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											
				認定日			精神保健福祉センター受付印			市町村受付印	

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： ）〕※1													
障がい者・児	フリガナ	フクオカ タロウ					年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名	福岡 太郎							大・昭・平・令 年 月 日				
	フリガナ						電話番号						
	受診者住所	(〒830-1234) 久留米市城南町〇-〇											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
受診者が場18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係(いす)	父・母・祖父母					
	保護者氏名	18歳未満の場合、保護者名等を記入すること						兄弟姉妹・その他( )					
	フリガナ						電話番号 ※2						
	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(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	1234567-890					保険者名	全国健康保険組合 〇〇支部					
	受診者と同一保険の加入者	福岡花子					「スペース」や「ハイフン」等は分かるように記入ください						
	受診者と同一保険の加入者個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	該当する所得区分 ※4	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・未申請			
障害年金等 ※5	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	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	〇〇病院 久留米市〇〇町〇-〇 0942-〇〇〇-〇〇〇〇										追加・削除	
	薬局	〇〇薬局 久留米市〇〇町〇-〇-〇 0942-〇〇〇-〇〇〇〇										追加・削除	
	デイケア	〇〇精神保健福祉センター 久留米市〇〇町〇-〇 0942-〇〇〇-〇〇〇〇										追加・削除	
	訪問看護	〇〇訪問看護ステーション 久留米市〇〇町〇-〇 0942-〇〇〇-〇〇〇〇										追加・削除	
受給者番号 ※7	1234567					既存の受給者証の有効期限 ※7	令和 8 年 1 月 31 日						
治療方針の変更 ※8	有	無				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 18歳未満の場合、保護者氏名を記入													
年 月 日 福岡県精神保健福祉センター所長 殿													

- ※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）のいずれかに〇をする。
- ※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〇をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
- ※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医療機関の追加の場合のみ、追加する医療機関のみを記載の上、追加に〇をする。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・削除に〇をする。
- ※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）の添付状況に〇をする。

市町村受付印

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。