

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		生 年 月 日				
							歳	大正 昭和 平成 令和	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) 療育手帳の所持の有無 有 無						
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											
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		