

(様式第1号)

自立支援医療費支給認定申請書							
種別	内容						
精神通院医療	1 新規 (市外からの転入) 2 再認定 3 変更 ⇒ <div style="display: inline-block; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> 1 変更 (医・薬・他) 2 追加 (医・薬・他) 3 保険変更 </div>				☆種別・内容ともに該当する項目に○印を記入		
障がい者・児	フリガナ				年齢	生 年 月 日	
	受診者氏名				歳	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
	フリガナ				個人番号	— —	
	受診者住所				電話番号	— —	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ				個人番号	— —	
	保護者氏名				受診者との関係		
	保護者住所 ※1				電話番号 ※1	— —	
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		・福岡市国保 ・福岡県後期高齢 ・() 市町村国保 ・全国健康保険協会 (福岡/ 支部) ・() 健保組合 ・() 国保組合 ・() 共済組合 ・その他 ()		
	受診者と同一保険の加入者※2					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			
身体障害者手帳番号・等級			精神障害者保健福祉手帳番号	(有効期限 年 月末日)			
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名			所在地・電話番号			
	医療機関 薬局 訪問看護事業者						
受給者番号 (再認定・または変更の方のみ記入)							
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		
福岡市長 殿					氏 名		

※1 受診者の住所・電話番号と異なる場合に記入すること。

※2 国保以外の場合は被保険者のみで可。ただし保険証を添付すること。2名以上の場合は継紙に記載のこと。

----- 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				*生保開始・廃止による変更時のみ		
申請受付年月日		進達年月日		認定年月日		
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	保健所受付印		
今回所得区分	生保 * (開始・終了) 年 月 日 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 (LP確認・保護課確認・)					
今回の診断書の提出	有 ・ 無					
前回の受給者番号		今回の受給者番号				
備考	最終有効期間 (~ 年 月 日)					