

(様式第1号)

### 自立支援医療費支給認定申請書

<b>種別</b>		<b>内容</b>		1 変更 (医・薬・他) →		2 追加 (医・薬・他)		3 保険変更		☆該当する項目に○印を記入		
精神通院医療		1 新規 2 再認定 3 変更 (市外からの転入)										
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	— —					
受診者が18歳未満の場合	フリガナ					個人番号	— —					
	受診者住所					電話番号	— —					
	保護者氏名					受診者との関係						
負担額に関する事項	フリガナ					個人番号	— —					
	保護者住所 ※1					電話番号 ※1	— —					
	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名以上の場合は継続に記載のこと。

----- 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		到達年月日		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	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)					