

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 2 再認定 3 変更 ➡ 1 変更 (医・薬・他) 2 追加 (医・薬・他) 3 保険変更 (市外からの転入)				☆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					— —			
	フリガナ					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					
				・ () 市町村国保 ・ 福岡市国保 ・ 福岡県後期高齢 ・ () 健保組合 ・ () 全国健康保険協会 (福岡/ 支部) ・ () 共済組合 ・ その他 () 国保組合 ()					
	受診者と同じ保険の加入者※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		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)													