

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1		<input type="checkbox"/> 期限切れ新規 <input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望			
受診者・児	フリガナ 氏名	本人氏名	性別 男・女	年齢 歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成
	住所	〒 那覇市泉崎0丁目0番0号 ○○マンション 123号	電話番号	(0123) 4567 - 8901	
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	保護者氏名	受診者との 関係	父・母・祖父・祖母	
	保護者住所 ※3	〒 那覇市泉崎0丁目0番0号 ○○マンション 123号	電話番号 ※3	(0123) 4567 - 8901	
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 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	※保険証(写)添付	
	受診者と同一保険の被保険者名※4	※保険証(写)添付		
	個人番号			
	障害年金・遺族年金等受給の有無※5	無・有	障害年金(級) 遺族年金	※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付
	特別児童扶養手当等受給の有無	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	※手当の受給者証等確認できる書類(写)を添付
該当する所得区分※6	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続※7 該当・非該当	

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
	病院 薬局 訪問看護 店	デイケア、訪問看護等の利用が無い場合は(デイ等なし)と記入。

現在の受給者番号及び有効期限 ※8	(番号) (有効期限) 平成 年 月 末日	精神障害者保健福祉手帳番号
治療方針の変更 ※9	有	前年度の申請に係る診断書の添付状況 ※10 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。

平成 年 月 日 代理人が申請の場合は、
 本人と代理人氏名・押印
 (本人が18歳未満の場合
 代理人名でOK)

申請者氏名 本人氏名と押印 印 ※11
 代理人氏名と押印

沖縄県知事 殿

市町村記入欄	所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	低1、低2の場合記入	受給者の合計所得金額 円 公的年金等の収入金額 円 障害者年金等の金額 円 特別児童扶養手当等の金額 円 合計金額 円
備考				

県記入欄	重度かつ継続	該当・非該当	④' ④" ⑤' ... 重度かつ継続に該当の場合
認定所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	① ② ③ ④' ④" ④ ⑤' ⑤	月額負担上限額 円 認定年月日、確認印 平成 年 月 日 印