（新規申請：記入例）赤で囲っている部分を記入してください。

① 県提出用

第一号様式(第二条第一項)

自立支援医療費支給認定申請書(精神通院)（新規 ・ 再認定 ・ 変更 注1 ）

新規に〇をしてください。

前回受給者番号 ※（新規の場合空欄）		新　規：11 再認定：12 変　更：32	精神障害者保健福祉手帳番号	
有効期限			有効期限	

障害者・児

| | | |