第一号様式（第二条第一項）

①県提出用

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）

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	年　月　日										有効期限	年　月　日							

注・・前回の申請内容と異なる場合は、右の□内にレ印を付けてください。

| | | | | | | | | | |