

(変更申請：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**

変更には○をしてください。

受診者の氏名、住所、生年月日、電話番号、個人番号(マイナンバー)を記入してください。

受診者が18歳未満の場合、保護者の氏名、住所、個人番号(マイナンバー)を記入してください。

受診者の保険証が変わった場合、受診者の保険証の記号、番号、枝番を記入してください。記号、番号、枝番の間は1マス空けてください。枝番がない保険証もあります。後期高齢者医療保険は被保険者番号の記入となります。

受診者の保険証が変わった場合、保険証の保険者名を記入してください。

保険証が変わった場合、受診者の保険証と同じ保険証の方に変更がある場合、受診者と同じ保険証を持っている方の氏名、個人番号(マイナンバー)を記入してください。

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 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 |
| 氏名 | カナ フナハシ イチロウ | 漢字 船橋 一郎 | 生年月日 大・昭平・令 4 5 0 1 3 1 |
| 住所 | 〒 273-8501 ※住所コード | 字名地番 湊町2丁目10番25号 | 方書 船橋市役所ビル201号 |
| 保護者氏名 | カナ | 漢字 | 続柄 父・母・親・その他 |
| 保護者住所 | 〒 | 字名地番 | 方書 |
| 負担額に関する事項 | 受診者(属するを含む)の被保険者証の記号番号 船 0 1 2 3 4 5 6 0 2 | 保険者名 船橋市 | 受診者と同一保険の加入者 船橋 花子 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 船橋 太郎 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 |
| 受診を希望する指定医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む。) | 種別 医療機関名 所在地・電話番号 | 申請者氏名 船橋 一郎 | |
| 病状の変化又は治療方針の変更 | 有・無 | 申請日と受診者氏名を記入してください。受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入してください。 | |

受診を希望する病院、薬局等を変更、登録、削除する場合に記入してください。その他欄には主治医の指示がある場合に限り、訪問看護、検査や別治療等での病院等を記入してください。記入は変更等する医療機関のみでなく、受診を希望するすべての医療機関を記入してください。診察券、領収書等を参考に記入してください。

申請日と受診者氏名を記入してください。受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入してください。