（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

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。

障害者・児			
氏名	カナ	フナハシ　イチロウ	生年月日 年 月 日
	漢字	船橋　一郎	大・昭・平・令 4 5 0 1 3 1
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	電話番号 047-436-2729
住所	〒	2 7 3 ― 8 5 0 1 ※住所コード 1 2	船橋 市 町 村
	字名地番	湊町2丁目10番25号	
	方書	船橋市役所ビル201号	

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。

受診者が18歳未満の場合のみ記入			
保護者氏名	カナ		
	漢字		続柄 父・母・祖父母・その他
	個人番号		電話番号
保護者住所（受診者本人と異なる場合記入）	〒	― ※住所コード 1 2	市 町 村
	字名地番		
	方書		

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。

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 船橋　太郎	受診者と同一保険の加入者個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8 1 1 2 2 3 3 4 4 5 5 6 6
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
病状の変化又は治療方針の変更	有 ・ 無	前年度の申請に係る診断書の添付

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。

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
	病院・診療所	〇〇病院	船橋市湊町〇－△－□ 047－△△△－〇〇〇〇
	薬局	△△薬局　〇〇店	船橋市湊町△－□－〇 047－△△△－□□□□
	その他（　　）	訪問看護ステーション〇〇	船橋市湊町□－〇－△ 047－□□□－〇〇〇〇

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事　様

申請者氏名　船橋　一郎

上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。

注
1　「（新　　）」は該当するものを〇で囲むこと。
　　ること。
　　ないで

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**直筆で**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。

度かつ継			
度かつ継続(県処理欄)	該当 ・ 非該当		
証明書　標準負担額減免認定証　生活保護受給世帯の証明書　その他（　　）			
月(2年目)・手帳で新規	手帳同時申請の場合、始期を合わせる	希望	
有　効　期　限	令和　～　令和　まで		