

(県外転入：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**

新規に○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。

| | | | | | | |
|----|----------|-------------------------|------------|--------------|---|---------|
| 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 | 0131 |
| | 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 | 〒 | 273-8501 | ※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(受診者と異なる場合)、続柄、電話番号、個人番号(マイナンバー)を記入してください。

| | | | | | | |
|-------|----------|--|--------|-------------|---|-----|
| 保護者氏名 | カナ | | 続柄 | 父・母・祖父母・その他 | | |
| | 漢字 | | | | | |
| | 個人番号 | | 電話番号 | | | |
| 保護者住所 | 〒 | | ※住所コード | 1 | 2 | 市町村 |
| | 字名 地番 | | | | | |
| | 方書 | | | | | |

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(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 |
| 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 | | | | | | |

受診者の保険証の保険者名を記入してください。

受診者の保険証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。

| | | | |
|-------------------------------|--------|--------------|----------------------------|
| 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 |

受診を希望する病院、薬局等をそれぞれ1ヶ所指定し、名称、所在地、電話番号を記入してください。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。診察券、領収書等を参考に記入してください。

千葉県知事 様

申請者氏名 **船橋 一郎**

私は、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 「(新規・再認定・変更)」は該当するものを○
2 変更の場合は、「障害者・児」欄及び

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。

| | | |
|-------------------|--|------|
| 前回所得区分 | 生保・低1・低2 | ・非該当 |
| ※市町村処理欄 今回所得区分 | 生保・低1・低2 | ・非該当 |
| 所得確認方法 | 個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 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() | |
| 診断書の提出区分 | 医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(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 |