（更新申請：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）

再認定に○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

障害者・児	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 年 4 月 5 日 0 日 1 日 3 日 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。

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。

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	○○病院	船橋市湊町○－△－□ 047－△△△－○○○○
	薬局	△△薬局 ○○店	船橋市湊町△－□－○ 047－△△△－□□□□
	その他（ ）	訪問看護ステーション○○	船橋市湊町□－○－△ 047－□□□－○○○○

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。

令和○年○○月○○日

千葉県知事 様

申請者氏名 船橋 一郎

私は、上記のとお 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・
2 変更の場合は、「

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。

でください。

※市町村処理欄	前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当 ・ 非該当
	今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続(県処理欄)	該当 ・ 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 まで		