

(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

再認定に○をしてください。

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)**

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	〒	一	※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

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。

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。

注 1 「(新規・再認定・変更)」
2 変更の場合は、「変更」

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	継続	該当・非該当
※市町村処理欄	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)・手帳更新時同時申請の場合、始期を合わせる	希望
有効期限	令和〇〇年〇〇月〇〇日	まで