

(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。

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(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。

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。

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	生年月日	年 月 日 大・昭 4 5 0 1 3 1 平・令
	漢字	船橋 一郎	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 電話番号 047-436-2729
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	住所	〒 273-8501 ※住所コード 1 2 船橋 (市) 町 村 字名 湊町 2丁目 10番 25号 地番 方書 船橋市役所ビル 201号
受診者が18歳未満の場合のみ記入 保護者氏名	カナ		続柄	父・母・祖父・祖母・その他
	漢字		個人番号	電話番号
	個人番号		住所	〒 一 ※住所コード 1 2 市 町 村 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 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	
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	※医療機関
	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	令和〇年〇月〇日	
注	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。			
1 「(新規・再認定・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。			
2 変更の場合は、「	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
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)・手帳用(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