（新規申請：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

新規に○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 ・ 変更注1 ）

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	〒 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。

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。

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 0123456 02		
	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。

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
	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－□□□－○○○○	

令和○年○○月○○日

千葉県知事　様

申請者氏名　船 橋　一 郎

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。

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。

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」欄及び変更の

ここか

※市町村処理欄	前回所得区分	生保・低１・低２・中間１	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		