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 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	令和 年 月 日		有効期限	令和 年 月 日

注…前回の申請内容と異なる場合は、右の□内に☑印をつけてください。

注

障害者・児					
氏名	カナ		生年月日	年 月 日	
	漢字		大・昭 平・令		
	個人番号		電話番号		
住所	〒 —	※住所コード 1 2	船橋 市 町 村		
	字名地番				
	方書				

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	
(異なる場合記入)保護者住所(受診者本人と)	〒 —	※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(属する含む)の被保険者証の記号番号				
保険者名				
受診者と同一保険の加入者		受診者と同一保険の加入者個人番号	※保険コード	
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	

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	有 ・ 無

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	※医療機関コード(市町村処理欄)
	病院・診療所			
	薬局			
	その他( )			

年 月 日

千葉県知事 様

申請者氏名

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。

市町村受理印

注

1 「(新規・再認定・変更)」は該当するものを○で囲むこと。

2 変更の場合は、「障害者・児」欄及び変更のある事項のみ記入すること。

※欄は市町村処理欄

ここから下の欄には記入しないでください。

※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			