

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

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。

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	市町村									
		字名 地番																			
		方書																			

保護者氏名 <small>受診者が18歳未満の場合のみ記入 (異なる場合記入)</small>	保護者氏名	カナ																続柄	父・母・祖父・祖母・その他			
		漢字																		電話番号		
		個人番号																				
保護者住所		〒		—	※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															
	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	()						

千葉県知事様 年 月 日 市町村受理印

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。

注

- 「(新規・再認定・変更)」は該当するものを○で囲むこと。
- 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。

-----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	
	有効期限	令和		～	令和	まで
					希望	

※欄は市町村処理欄