

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	年 月 日		有効期限	年 月 日

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 2 1 7 3	柏 市 町 村
		字名番 地番			
		方書			

受診者が18歳未満の場合のみ記入 (受診者本人と異なる場合記入)	保護者氏名	カナ		続柄	父・母・祖父・その他
		漢字			
		個人番号			電話番号
	保護者住所	〒		※住所コード	市 町 村
		字名番 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

令和 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	希望
	有効期間		～	まで	

注・前回の申請内容と異なる場合は、右の口内にレ印を付けてください。

※欄は市町村処理欄