

# 記入例

一号様式（第二条第一項）

①県提出用

## 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)	有効期限	年	月	日	(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
-----------------------	------	---	---	---	----------------------------	---------------	------	---

該当する申請区分に○を記入下さい。

申請者が18歳未満の場合  
は、保護者様の氏名・住所  
を記入下さい。

障害者・ 児	氏名	カナ	カシヲ	タロウ	生年月日	年	月	日													
	漢字	柏	太郎	大・昭・平	0	2	0	1	0	1											
	個人番号								性別	男	女										
住所	〒	2	7	7	-	8	5	0	5	※住所コード	1	2	2	1	7	3	柏	市	町	村	04-7167-1136
	字名番	柏五丁目10番1号																			
	方書																				

※内容は異なる

申請者が18歳未満の場合  
は枠内にも記入ください。

保護者氏名	カナ																			
	漢字																			
	個人番号																			
住所	〒																			
	字名番																			
	方書																			

の□内にレ印を付けてください。

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																			
	保険者名																			
	受診者と同一保険 の加入者																			
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	××クリニック	千葉県柏市柏五丁目10番1号	
	薬局	××薬局	千葉県柏市柏五丁目10番1号	
	その他(訪問看護)	××訪問看護	千葉県柏市柏五丁目10番1号	

※欄は市町村処理欄

千葉県知事様 令和〇年〇月〇日 市町村受理印

申請者が18歳未満の場合は、  
保護者様の氏名を記入下さい。

申請者氏名

柏太郎



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。

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。
- 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

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 市町村民投議税証明書 市町村民投非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 同意書による確認 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
	有効期間	～			まで