

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)

記入例

前回受給者番号 ※(新規の場合空欄)	精神障害者保健福祉手帳番号	該当する申請区分に○を記入ください。
有効期限	令和 年 月 日	有効期限

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。

氏名	カナ	カシワ タロウ	生年月日	年	月	日	
	漢字	柏 太郎	昭令	1	1	1	
	個人番号		電話番号	04-7167-1136			
住所	〒	277-8505	※住所コード	122173	市	町	村
	字名番	柏5丁目10番1号					
	方書						

保護者氏名	カナ		続柄	父・母・父・母	祖・父・母	その他	
	漢字						
	個人番号		電話番号				
保護者住所	〒		※住所コード	12	市	町	村
	字名番						
	方書						

申請者が18歳未満の場合は、太枠で示した欄もご記入ください。

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	柏 1 2 3 4 5	
	保険者名	柏市	
	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	
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	〇〇病院	千葉県柏市1111 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	薬局	△△薬局	千葉県柏市2222 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	訪問看護	□□訪問看護	千葉県柏市3333 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

令和〇年〇月〇日

市町村受理印

千葉県知事様

申請者が18歳未満の場合は、保護者の氏名を記入ください。

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

- 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、「障害児・者」欄及び変更のある事項のみ記入すること。
- 3 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(同意書)			
	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	令和		～	令和