

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								
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																																		
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																																
		漢字																			続柄		父・母・祖父母・その他											
		個人番号																									電話番号							
	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 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。

----- 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	令和 ~ 令和 まで																											