記載例

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	平成　年　月　日		有効期限	平成　年　月　日

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	アヒ゛コ　タロウ										生年月日	年		月		日	
		漢字	我	孫	子		太	郎					大・昭・平・令	1	1	1	1	1	1
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1					
	住所	〒	2	7	0	−	1	1	9	2	※住所コード	1	2	我孫子 市 町 村				電話番号 000-000-0000	
		字名地番	我	孫	子	1	8	5	8										
		方書																	

連絡が取れる番号を記入。代理の方は、（続柄）と記入。

受診者が18未満の場合のみ記入	保護者氏名	カナ	アヒ゛コ　タロウ																
		漢字	我	孫	子		一	郎					続柄	父・母・祖父・その他					
		個人番号	1	1	1	2	1	3	1	4									
	保護者住所（受診者本人と異なる場合記入）	〒				−					※住所コード	1	2						
		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のみ記入。

受診者が加入している保険の記号番号、保険者名を記入。枝番がある方は、枝番まで記入。
（例1）我○　○○○○○○○○　○○　我孫子市
（例2）○○○　○○○○○○○　○○　全国健康保険協会　○○支部

負担額に関する事項	受診者（属する者を含む）の被保険者証の記号番号	1	2	3	4		5	6	7	8	9		1	2					
	保険者名	△	△	△	△	△	△	△	△										
	受診者と同一保険の加入者	我孫子　花子																	
	受診者と同一保険の加入者の番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	※保険コード					
	所得区分													該当　・　非該当					

受診者と同一保険の加入者の氏名、個人番号を記入。
（例）・社会保険⇒被保険者のみ
・国民健康保険、後期高齢⇒同一保険に加入している全ての方
不明の場合、我孫子市に住民票がある方は、記入不要。

病状の変化又は治療方針の変更	有　・　無	診断書の添付

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	
	病院・診療所	○○病院	千葉県○○市○○町１１１１ 電話○○○-○○○-○○○○	
	薬局	△△薬局	千葉県○○市○○町２２２２ 電話○○○-○○○-○○○○	1 2 4 0 2 2 2 2 2 2
	その他（検査）	□□病院	千葉県○○市○○町３３３３ 電話○○○-○○○-○○○○	1 2 1 0 3 3 3 3 3 3

初めての医療機関がある場合は、住所と電話番号を記入。更新の場合は、省略可。

複数申請の場合、全ての医療機関を記入。
また、その他に追加する場合は利用目的も記入。

※欄は市町村処理欄

令和○○年△△月□□日

申請者氏名　我孫子　一郎

市町村受理印

受付 30.09.01

上記のとおり、自立支援医療費の[illegible]

・変更）」は該当するもの[illegible]

「障害児・者」欄及び変更の[illegible]

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。

申請年月日・申請者氏名を忘れずに記入する。受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者。

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	今回	所得	診断書	有

申請いただいてから、受給者証が交付されるまでに1か月半～2か月程かかります。診断書の内容に確認等が必要となりますと、通常以上のお時間がかかります。また、受給者証の交付は、普通郵便にて郵送させていただきます。郵送先等、事情によりご希望がある場合はご相談ください。

也（　）

期を合わせる　希望