

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

既に受給者証をお持ちの方は記入して下さい。 手帳をお持ちの方は記入して下さい。

前年度受給者番号 ※(新規の場合空欄)	01123456	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29年3月31日	有効期限	平成	年 月 日

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。

受診者の名前を記入して下さい。(10文字までしか入らないので注意して下さい。)

障害者・児	氏名	カナ	チハタロウ	生年月日	年 月 日	昭(平)	1 1 1 1 1 1
	漢字	千葉太郎	性別	(男)	女		
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1	電話番号	000-000-0000			
住所	〒	2 9 0 - 0 0 5 6	※住所コード	1 2	市原	(市) 町 村	
住所	字名地番	五井 1 2 3	方書	受診者が18歳未満の場合のみ記入して下さい。			

受診者が18歳未満の場合のみ記入

保護者氏名	氏名	カナ	チハジロウ	続柄	(父)	祖 父 母 其 他
	漢字	千葉次郎	電話番号	000-000-0000		
	個人番号	1 1 1 2 1 3 1 4 1 5 1 6	住所	〒	1 2	
住所	字名地番	方書	受診者本人と異なる場合のみ記入して下さい。			
住所	方書	受診者の被保険者証の記号番号を記入。記号・番号の間は1文字空けて下さい。				

受診者(属するを含む)の被保険者証の記号番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	受診者が加入している保険者名を記入して下さい。
負担保険者名	△ △ △ 市	千葉 花子
受診者と同一保険の加入者	千葉 一郎	受診者と同一保険の加入者個人番号
受診者と同一保険の加入者	千葉 一郎	受診者と同一保険の加入者の氏名、個人番号を記入して下さい。(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
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
所得区分	(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	再認定2年目の場合記入して下さい。	電話番号	再認定2年目の場合記入して下さい。
	病院・診療所	〇〇病院	千葉県〇〇市〇〇町1111	電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	薬局	△△薬局	千葉県〇〇市〇〇町2222	電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	その他(検査)	□□病院	千葉県〇〇市〇〇町3333	電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

複数申請の場合、すべての機関を記入し、理由も記入して下さい。

平成〇〇年△△月□□日

市町村受理印

申請者氏名 千葉 次郎

私は、上記のとおり、自立支援医療費支給認定申請書に記入して下されたい。

申請年月日・申請者氏名を忘れずに記入して下さい。受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

注

- 1 「(新規・再認定・変更)」は該当するものを○で囲む。
- 2 変更の場合は、「障害者・児」欄及び変更のある事項のみに記入すること。
- 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。

以下の記入は不要です。

※欄は市町村処理欄