

(改正後)

第一号様式 (第二号第一号)

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)

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	有効期限	年月日	年月日
氏名	カナ	氏名	漢字	生年月日
〒	千葉県 市 町 村	住所コード		
住所	字 名 番 書	電話番号		
個人番号				
氏保護者名	カナ	氏保護者名	漢字	続柄
〒	千葉県 市 町 村	住所コード		
個人番号				
受診者の被保険者証の記号番号	受診者の属する被保険者証の番号	保険コード		
受診者と同一保険の加入者	保険者名			
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	
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		
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	
千葉県知事 様	申請者 氏名	年月日	市町村受理印	

- 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。

ここから下の欄には記入しないでください。

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	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 ()		
有効期間	から	まで	
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		

(改正前)

第一号様式 (第二号第一号)

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)

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	有効期限	年月日	年月日
氏名	カナ	氏名	漢字	生年月日
〒	千葉県 市 町 村	住所コード		
住所	字 名 番 書	電話番号		
個人番号				
氏保護者名	カナ	氏保護者名	漢字	続柄
〒	千葉県 市 町 村	住所コード		
個人番号				
受診者の被保険者証の記号番号	受診者の属する被保険者証の番号	保険コード		
受診者と同一保険の加入者	保険者名			
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	
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		
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	
千葉県知事 様	申請者 氏名	年月日	市町村受理印	

- 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ます。

ここから下の欄には記入しないでください。

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	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 ()		
有効期間	から	まで	
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		

(改正後)

第四号様式 (第四条)

自立支援医療受給者証 (精神通院) 再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 氏 名

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の (汚れ・破れ・失ったこと) による再交付を申請します。

自立支援医療受給者証の受給者番号																				
受診者の氏名												生年月日	年 月 日							
住 所																				
個 人 番 号																				
場受合診の者が みか記十 八す歳未 満との	保護者の氏名												受診者との続柄							
	保護者の住所																			
	保護者の 個人番号																			
	保護者の連絡先																			
備 考																				

注

- 「(汚れ・破れ・失ったこと)」は、該当するものを○で囲むこと。
- 紛失により再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証を発見した場合は、速やかに返還すること。

市町村受理印

(改正前)

第四号様式 (第四条)

自立支援医療受給者証 (精神通院) 再交付申請書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 氏 名



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の (汚れ・破れ・失ったこと) による再交付を申請します。

自立支援医療受給者証の受給者番号																				
受診者の氏名												生年月日	年 月 日							
住 所																				
個 人 番 号																				
場受合診の者が みか記十 八す歳未 満との	保護者の氏名												受診者との続柄							
	保護者の住所																			
	保護者の 個人番号																			
	保護者の連絡先																			
備 考																				

注

- 「(汚れ・破れ・失ったこと)」は、該当するものを○で囲むこと。
- 紛失により再交付を受けた後、失った自立支援医療受給者証を発見した場合は、速やかに返還すること。
- 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。

市町村受理印