

(改正後)

第一号様式（第二条第一項）

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		有効期限				年		月		日					
障害者・児	氏名	カナ													生		年		月		日		
	氏名	漢字															年		月		日		
	〒																						
	住	千葉県				市		郡		町		村		住 所 コ ー ド									
	所	字	名													電 話 番 号							
個人番号																							
合受診のみが記入してください	氏保護者名	カナ													続 柄								
	氏保護者名	漢 字																					
	〒																						
	本人（保護者）と受診者（児童）が同一住所に居住する場合は、保護者個人番号を記入してください。	千葉県			市		郡		町		村		住 所 コ ー ド										
	字	名													電 話 番 号								
保護者個人番号																							
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号番号															保 険 コ ー ド							
	受診者の加入医療保険の記号番号																						
	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				
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 診 療 所																						
	（薬局・訪問看護事業者を含む。）																						
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		市町村受理印																			

注

- 「（新規・再認定・変更）」は、該当するものを○で囲むこと。
- 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（第二条第一項）

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		有効期限				年		月		日					
障害者・児	氏名	カナ													生		年		月		日		
	氏名	漢字															年		月		日		
	〒																						
	住	千葉県				市		郡		町		村		住 所 コ ー ド									
	所	字	名													電 話 番 号							
個人番号																							
合受診のみが記入してください	氏保護者名	カナ													続 柄								
	氏保護者名	漢 字																					
	〒																						
	本人（保護者）と受診者（児童）が同一住所に居住する場合は、保護者個人番号を記入してください。	千葉県			市		郡		町		村		住 所 コ ー ド										
	字	名													電 話 番 号								
保護者個人番号																							
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号番号															保 険 コ ー ド							
	受診者の被保険者証の記号番号																						
	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				
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 診 療 所																						
	（薬局・訪問看護事業者を含む。）																						
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		市町村受理印																			

注

- 「（新規・再認定・変更）」は、該当するものを○で囲むこと。
- 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		

第三号様式（第三条）

		受給者番号		有効期限		年		月		日		
受診者氏名	フリガナ							生		年 月 日		
	氏名							年		月 日		
	住所							年		月 日		
	個人番号											
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ							続柄				
	氏名							1 父 2 母 3 祖父母 4 その他				
	住所											
	個人番号											
変更前		変更後										
受診者に関する事項	氏名	カナ	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
		漢字	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
		〒	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
		※住所コード	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
	住所	千葉県					市郡		町村		電話番号	
		字名番										
		地番										
		方書										
	個人番号											
	保護者に関する事項	氏名	カナ	:	:	:	:	:	:	:	:	:
漢字			:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
続柄							1 父 2 母 3 祖父母 4 その他					
住所が受診者と同じか否かの別			同じ（下記必要なし）・異なる									
〒		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
		住所コード	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
		千葉県					市郡		町村		電話番号	
		字名番										
住所		地番										
		方書										
	個人番号											
	加入医療保険に関する事項	受診者の加入医療保険の記号番号										
保険者名												
受診者と同一保険の加入者												
個人番号												
番号帳		:	:	:	:	:	:	:	:	:		
備考												

年 月 日

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

市町村受理印

第三号様式（第三条）

										受給者番号										有効期限										年 月 日									
受診者氏名		フリガナ										氏 名										生 年 月 日																	
		住 所										年 月 日																											
		個 人 番 号																																					
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）		フリガナ										続 柄										1 父 2 母 3 祖父 母 4 その他																	
		氏 名																																					
		住 所																																					
変 更 前		個人番号																																					
変 更 後		氏 名										漢 字																											
		〒										※住所コード										電 話 番 号																	
		住 所										千葉県 市 郡 町 村																											
変 更 中		字 名 番 号																																					
		方 書																																					
		個人番号																																					
変 更 後		氏 名										漢 字										続 柄																	
		住所が受診者と同じか否かの別										同じ（下記必要なし）・異なる										1 父 2 母 3 祖父 母 4 その他																	
		〒										住 所 コード										電 話 番 号																	
変 更 後		住 所										千葉県 市 郡 町 村																											
		字 名 番 号																																					
		方 書																																					
変 更 後		個人番号																																					
		受診者の被保険者証の記号番号																																					
		保険者名																																					
変 更 後		受診者と同一保険の加入者																				保険コード																	
		個人番号																																					
		番号帳																																					
備 考																																							

年 月 日

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

市町村受理印