

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	
氏 名	カナ 漢字	年	月	日	性 別	男	女	年	月	日
障 害 者 ・ 児	〒	千葉県	市	郡	町	村	住 所 コ ー ド			
所	字	名	番	書	電	話	番	号		
個人番号										
氏 保 護 者 名	カナ 漢字	続 柄								
〒	千葉県	市	郡	町	村	住 所 コ ー ド				
場 合 と 受 診 者 住 所 と 異 な る 本 所 在 地 の 場 合	字	名	番	書	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	受診者の属する 被保険者証の 記号番号	保 険 コ ー ド							
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						
病院・ 診療所 (薬局) (その他)										
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	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る。

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						

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	
氏 名	カナ 漢字	年	月	日	性 別	男	女	年	月	日
障 害 者 ・ 児	〒	千葉県	市	郡	町	村	住 所 コ ー ド			
所	字	名	番	書	電	話	番	号		
個人番号										
氏 保 護 者 名	カナ 漢字	続 柄								
〒	千葉県	市	郡	町	村	住 所 コ ー ド				
場 合 と 受 診 者 住 所 と 異 な る 本 所 在 地 の 場 合	字	名	番	書	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	受診者の属する 被保険者証の 記号番号	保 険 コ ー ド							
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						
病院・ 診療所 (薬局) (その他)										
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	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る。

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						



自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

		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	
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							
変更前		変更後						
内容	受診者に関する事項	氏名	カナ					電話番号
		漢字						
		〒	※住所コード				電話番号	
		住	千葉県	市	郡	町村		
		住所	字	名	番	地	番	方
個人番号								
内容	保護者に関する事項	氏名	カナ					電話番号
		漢字						
		住所	千葉県	市	郡	町村	電話番号	
		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					電話番号
		住所	千葉県	市	郡	町村	電話番号	
住所	字	名	番	地	番	方		書
個人番号								
内容	被保険者証に関する事項	受診者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	保険コード					
		個人番号						
備考	番号帳							

千葉県知事 様

年 月 日

届出者 氏名 ㊟

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

注 届出者は、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。

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

		受給者番号		有効期限		年 月 日		
受診者氏名	フリガナ					性 別	生 年 月 日	
	氏名					男・女	年 月 日	
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							
変更前		変更後						
内容	受診者に関する事項	氏名	カナ					電話番号
		漢字						
		〒	※住所コード				電話番号	
		住	千葉県	市	郡	町村		
		住所	字	名	番	地	番	方
個人番号								
内容	保護者に関する事項	氏名	カナ					電話番号
		漢字						
		住所	千葉県	市	郡	町村	電話番号	
		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					電話番号
		住所	千葉県	市	郡	町村	電話番号	
住所	字	名	番	地	番	方		書
個人番号								
内容	被保険者証に関する事項	受診者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	保険コード					
		個人番号						
備考	番号帳							

千葉県知事 様

年 月 日

届出者 氏名 ㊟

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

注 届出者は、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。

(新)

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																				
場受合診の者みか記十入八歳未満との	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

(旧)

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			性別	男・女				
住 所																				
個 人 番 号																				
場受合診の者みか記十入八歳未満との	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