

記入例(病院・氏名・住所変更)

左記変更の場合は、再認定と同時に1枚で変更しても構いませんが、その際の日付は再認定の日付(新有効期限)からの変更になります。再認定の日付より早く変更したい場合は、申請書が2枚必要になります。

様式第6号

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入) <input type="checkbox"/> 同時申請あり												
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	マツヤマ タロウ 松山 太郎			年齢	33 歳	生年月日	天・昭・平・令 1年 2月 3日				
	フリガナ 受診者住所	マツヤマシ ニバンチョウ 〒 790-8571 松山市二番町4丁目7番地			↑氏名・住所変更の際は、変更後のものをご記入ください							
	住民票上の住所	←上記の住所と異なる場合のみ記入してください								変		
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名	↑マイナンバーは「必ず」ご記入ください 記載がない場合は受付できません(住民票等で確認できます)										
	フリガナ 保護者住所	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ 〒 _____ 電話 _____										
	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	市町国保 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族) 保 険 者 名 _____										
	受診者と同一保険の加入者	記入不要 ※変更の際の記入は、原則として「変更した箇所のみ」です										
	該当する所得区分※1	<input type="checkbox"/> 生保 _____ <input type="checkbox"/> 当 _____ <input type="checkbox"/> 非該当 _____										
	受診を希望する指定自立支援医療機関	区分	医療機関名	所在地	電話番号							
区分に該当する番号を記載してください。 1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護 4 デイケア	1	〇〇心療内科	松山市〇〇町1-2-3	999-1234								
	2	××調剤薬局△△店	松山市〇〇町4-5-6	999-5678								
精神障害者保健福祉手帳番号	_____			精神障害者保健福祉手帳の有効期限	_____年 月 末日							
自立支援医療費受給者番号※2	1	2	3	4	5	6	7	自立支援医療受給者証の有効期限※2	_____年 月 末日			
治療方針の変更 ※3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			1年目の診断書の添付状況※3	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。(受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。)												
愛媛県知事 様 令和 8年 4月 1日 申請者氏名 松山 太郎												
↑訪問看護を追加する場合は、この申請書に加えて「訪問看護指示書」を添付してください その際の本申請書の日付は、必ず指示書の日付よりも「後」か「同日」になるようにしてください												
申請者	氏名	松山 花子			受診者との関係	姉						
住所	松山市〇〇〇…											
自治体記入欄	申請書・診断書は「2枚」をご提出ください(愛媛県用と松山市保健所用) 複写式の場合、不要な枚数を除いてご提出ください。											
申請受付年月	_____年 月 _____日											
前回所得区分	_____											
今回所得区分	_____											
所得確認書	_____											
診断書の提出	_____											
加入医療保険の確認	_____											
備考	自治体記入欄のため記入不要です											

該当する申請種別に✓をつけてください

受診者氏名、住所、年齢、生年月日、電話番号、個人番号を記入してください

受診者が18歳未満の場合は記載してください

区分に該当する番号を記入してください
受診している医療機関、薬局、訪問看護等の名称・住所・連絡先を記入してください

自立支援医療の受給者番号7桁を記入してください

申請日、申請者(受診者)氏名を記入してください
※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名の記入をお願いします

申請書を提出した者が本人(受診者)以外の場合は氏名、住所、本人との関係を記入してください
本人の場合は、「受診者との関係」欄に「本人」と記入してください