

記入例(保険変更)

※再認定+保険変更の場合は、必ずそれぞれの申請書(2枚)が必要になります

様式第6号

(再登録 ※該当する場合は赤で囲んでください。)

提出用

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書 (新規 再認定 変更 転入) 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2		電話	089-948-6018							
	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										
	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	〒 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 checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族)	保険者 名	松山市								
		組合国保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)		番号	3 8 0 0 1 4							
	健保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)	記号・番号	松国保012345 01									
	各種共済 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)		被保険者 又は 世帯主	(本人の場合は記載不要) 松山 次郎								
受診者と同一 保険の加入者	氏名	松山 花子										
該当する所得区分※1	健康保険・共済組合等の場合...申請者 及び 被保険者(申請者が被扶養者の場合のみ)											
受診を希望する指定 自立支援医療機関	区分に該当する番号 を記載してください。	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										
	1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護 4 デイケア											
精神障害者保健福祉手帳番号	↓必ず記入してください											
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	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					

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

加入している医療保険に✓をつけてください
保険者名・保険者番号、保険証の記号・番号・枝番、被保険者又は世帯主名を記入してください

※国保で世帯主が別保険の場合は✓をつけてください

国保の場合は、同一保険に加入している方の氏名を記入してください

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

(注意) 「 」のある欄は、該当するに「レ」印を付けてください。
※1 チェックシートを参照し、該当すると思う区分を選択する。
※2 再認定(再登録)または変更の方のみ記入。
※3 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう。)の方のみ記入。

申請書を提出した者	氏名	松山 花子	受診者との関係	姉
	住所	松山市〇〇〇...		

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

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

自治体記入欄のため記入不要です

自治体記入欄	申請受付年月	前回所得区	今回所得区	所得確認書	診断書の提出	加入医療保険の確認	備考