

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5号(第2条、様式第8号関係) 自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更・転入)

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)※1

障害者・児	フリガナ	マツヤマ タロウ	生年月日	S1年 2月 3日	
	受診者氏名	松山 太郎	年齢	33 歳	
	フリガナ	マツヤマシ ニハンチョウ	電話番号	089-948-6936	
	受診者住所	松山市二番町4丁目7番地2			
保護者	個人番号	0123 4567 8901	← 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) ← マイナンバーカードのコピーは添付不可です		
	フリガナ				
	保護者氏名				
	保護者住所 ※2				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	松国保 012345 01	保険者名	松山市	
	受診者と同一保険の加入者	松山 次郎、松山 花子			
	個人番号	※ご加入の健康保険の内容をご記入ください ※マイナ保険証にかかわらず、上記内容が記載された保険証等のコピーが必要です ※医師国保・建設国保組合・市町村国保など「国保」の時は全員の証コピーが必要です ※保険証などのコピー類は全て「A4」サイズでご提出ください			
身体障害者手帳番号	※該当する所得区分 ※3 生				
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)	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				
受給者番号 ※5	1234567	← 記載のないものが多く見受けられます。必ず記載してください			
治療方針の変更 ※6	有	無	診断書の添付 ※6、※7	有	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。 申請者氏名 松山 太郎 令和 6年 4月 1日 愛媛県知事 様					

申請種別に○、何の変更か○の上に手書きして下さい

受診者氏名・住所・生年月日・電話番号・個人番号 記入して下さい

受診者が18歳未満の場合は、保護者欄にも記入をお願いします

保険証の記号・番号・枝番、保険者名、同一保険に加入している方の氏名を記入して下さい

受診している医療機関、薬局、訪問看護事業所の名称・住所を記入して下さい

自立支援医療の受給者番号7桁を記入して下さい

申請日・申請者(受診者)氏名を記入して下さい
※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

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)・転入のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定または変更の方のみ記入。
 ※6 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。(平成22年4月支給認定分の申請から適用)
 ※7 前年度(1年目)の申請に係る診断書(写)の添付状況に○をする。(平成22年4月支給認定分の申請から適用)

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	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					
前回所得					非該当
今回所得					非該当
所得確認	自治体記入欄のため記入不要です				
前回の受給					但額減額認定証 職権
診断書の提出					(2年目)
備考					