

記入例(再認定)

※複数種別(再認定と変更など)の場合は申請書が2枚必要になります

※有効期限が切れた際に再認定したい場合は、新規ではなく、**再認定**を二重線で消し、赤字で上部に**再登録**とご記入ください

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

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 ニパンチョウ			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				電話番号※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				
	該当する所得区分※3								
身体障害者手帳番号									
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) ○○心療内科 ××調剤薬局△△店 松山市○○町1-2-3 999-1234 松山市○○町4-5-6 999-5678									
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 ← 2年に1度、診断書の添付が必要になります その際の本申請書の日付は、必ず診断書の日付よりも「後」か「同日」になるようにしてください									
※1 該当する医療の種類及び新規・再認定 ※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)									
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									
申請受付年月日 前回所得 今回所得 所得確認 前回の受給 診断書の提出 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・連絡先を記入して下さい

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

(2年目)