

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、再登録を赤で囲んでください

該当する申請種別に✓をつけてください
※手帳と同時申請の場合は「同時申請あり」に✓をつけてください

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歳未満者の場合	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	□ 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 checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族)	組合国保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)	健保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)	各種共済 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族)	□後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保	□その他 (_____)	保険者名	松山市			左詰め で 記入
		保険者番号	3 8 0 0 1 4			記号・番号	松国保012345 01			被保険者又は世帯主	(本人の場合は記載不要) 松山 次郎 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯主は擬制世帯主	
	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	□ _____ 該当										
受診を希望する指定自立支援医療機関	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	↓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	□有 □無						1年目の診断書の添付状況※3	□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。(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												
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」が「同日」になるようにしてください												
※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。												
自治体記入欄												
申請受付年月	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											
前回所得区	自治体記入欄のため記入不要です											
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												

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

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