

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	エビ 太郎	生年月日	S1年 2月 3日	
	受診者氏名	愛媛 太郎	年齢	33 歳	
	フリガナ	マツヤマン サンパンチョウ	電話番号	089-948-6936	
保護者	受診者住所	松山市三番町4丁目5番地6		個人番号	
	個人番号	0123 4567 8901		保護者住所 ※2	
	フリガナ			電話番号	
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	受診者と同一保険の加入者			
	個人番号	※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 ※3	生保	一般	低所得	中間
身体障害者手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		継続 ※4		
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む)	〇〇心療内科 ××調剤薬局△△店		松山市〇〇町1-2-3 999-1234 松山市〇〇町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

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・個人番号を記入して下さい。

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。

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

※1 該当する医療の種類及び新規・
※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
※4 チェックシートを参照し、該当
※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	自治体記入欄のため記入不要です				
申請受付年月日					
前回所得					非該当
今回所得					非該当
所得確認	日額減額認定証 職権				
前回の受給者					
診断書の提出	松山市(1年目)	松山市(2年目)	宇布市(1年目)	宇布市(2年目)	(2年目)
備考					