

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・継続・変更）※1

(あて先) 千葉市長										年	月	日						
受給者番号 新規：記入不要					有効期間 新規：記入不要					年	月	日						
受診者（申請者）	フリガナ					生年月日					年	月	日					
	氏名																	
	個人番号					連絡先	電話番号					-	-					
	居住地 (建物名・部屋番号等も記入)						電子メールアドレス						@					
受診者が18歳未満の場合の申請者	フリガナ					受給者から見て 続柄 ()					連絡先	電話番号					-	-
	氏名											電子メールアドレス						@
	個人番号					<input type="checkbox"/> 受診者と同居 (記入不要) <input type="checkbox"/> 受診者と別居 (以下に記入)					電話番号					-	-	
	居住地										電子メールアドレス						@	
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		記号	番号	保険者名													
	受診者と同一保険の加入者		氏名				氏名											
			個人番号				個人番号											
			氏名				氏名											
			個人番号				個人番号											
	障害年金・遺族年金等受給の有無 ※2		無	有	障害		遺族	その他		年金 (級)								
	特別児童扶養手当等受給の有無 ※2		無	有	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当		<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当											
該当する所得区分 ※3		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※3		該当・非該当											
受診を希望する指定自立支援医療機関	名称					所在地・電話番号												
	病院・診療所																	
	薬局 (院外処方の方)																	
	訪問看護事業者																	
	病院・薬局・訪問看護の追加					追加理由												
精神障害者保健福祉手帳番号	第 号(有効期間 年 月 日)					治療方針の変更の有無 (診断書2年目の方のみ)		有・無 (有の場合、診断書の提出要)										
変更の内容※4	(病院・診療所 薬局 訪問看護) 変更・追加 所得区分変更 重度かつ継続該当・非該当					診断書の添付		有・無										

- ※1 該当する新規・継続・変更（自己負担額限度額及び指定自立支援医療機関の変更申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 世帯が市町村民税非課税世帯の方（生活保護受給世帯を除く）のみ記入。有の場合は、該当する年金・手当に○をする。
- ※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 該当する変更内容に○をする。

ここから下の欄には記入しないでください。

千葉市記入欄

支給認定の有効期間（予定）	年 月 日 ~			年 月 日		
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当	
今回所得区分（予定）	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当	
所得確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市県民税所得証明書 <input type="checkbox"/> 特別徴収税額の通知書 <input type="checkbox"/> 納付通知書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類 ()					
添付書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の写し <input type="checkbox"/> 他の自治体の受給者証 <input type="checkbox"/> 「重度かつ継続」に係る意見書 <input type="checkbox"/> 年金・手当等の金額が確認できる書類の写し <input type="checkbox"/> その他 ()					
診断書	1年目		2年目		備考	