

【記入例】 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										令和7年 11月 1日	
受給者番号										令和8年 1月 31日	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13										新規：記入不要	
チバ タロウ										申請書類に不備や不足がある場合、連絡させていただきますので、日中つながる電話番号を必ずご記入ください。	
千葉 太郎										平成11年 11月 11日	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13										090 - 1234 - 567X	
千葉市中央区千葉港〇-〇										電話番号	
〇〇ハイツ303										043 - 234 - 567X	
連絡先										電子メールアドレス	
電話番号										abcdefj@hijk.co.jp	
受給者から見て										電話番号	
続柄 ()										-	
個人番号										受診者本人が18歳未満の場合のみ、申請者(保護者等)の情報を記入してください。(申請書類に不備や不足がある場合、連絡させていただきますので、電話番号欄には、日中つながる電話番号を必ずご記入ください。)	
居住地											
受診者の加入医療保険の記号及び番号										千葉市	
記号 31 番号 12345678										氏名 千葉 次郎	
氏名										氏名	
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 2 3 4										個人番号	
受診者と同一保険の加入者										氏名 千葉 花子	
氏名										氏名	
個人番号 3 4 5 6 7 8 9 3 4 5										個人番号	
受診者と同一保険の加入者全員を記載してください。										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 (2 級)]	
特別児童扶養手当等受給の有無※2										無・有 [特別児童扶養手当 障害児福祉手当 特別障害者手当 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	
名称										所在地・電話番号	
病院・診療所										千葉市中央区〇〇町〇〇 043-222-333X	
薬局 (院外処方の方)										千葉市中央区〇〇町〇〇 043-223-333X	
訪問看護事業者											
指定自立支援医療機関である必要があり、千葉市のホームページで指定自立支援医療機関の一覧が公開されています。(右の二次元コード参照)										理由	
精神障害者保健福祉手帳番号										第 1234567 号 (有効期間 令和9年 1月 31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)	
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 診断書の付有・無	

※1 該当する新規・継続・変更(自己)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 該当する年金・手当の有無(有の場合、診断書の提出)のみ記入。有の場合は、該当する年金・手当に○をする。
※3 該当する所得区分に○をする。
※4 該当する変更内容に○をする。

千葉県記入欄											
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											
□個人番号 □市県民税所得証明書 □特別徴収税額の通知書 □納付通知書 □生活保護受給証明書 □その他収入等を証明する書類 ()											
添付書類											
□健康保険の資格等が確認できる書類の写し □医師の診断書 □精神障害者保健福祉手帳の写し □他の自治体の受給者証 □「重度かつ継続」に係る意見書 □年金・手当等の金額が確認できる書類の写し □その他 ()											
診断書											
1年目・2年目 備考											

ここから下の欄には記入しないでください。