

「新規」に○をしてください。

障 害 者 ・ 児	氏 名	カ ナ	マツト・タロウ										生年月日			年	月	日
		漢 字	松 戸		太 郎								大・昭令 平			19	11	11
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	電話番号			
	〒	2	7	1	ー	8	5	8	8	※住所コード		1	2	松 戸 (市) 町 村		047-366-7348		
住 所	字 名 地 番	根 本		3	8	7	ー	5										
	方 書	松 戸 市 役 所 新 館 3 階																

対象者の氏名、生年月日、
個人番号(マイナンバー)、
電話番号、住所をご記載く
ださい。

[illegible]

対象者が18歳未満の場合、保護者の氏名、続柄、個人番号(マイナンバー)、電話番号、住所(対象者と異なる場合のみ)をご記載ください。

保険証の記号・番号をご記載ください(後期高齢者医療保険の場合は被保険者番号)。記号と番号の間は1マス空けてください。

[illegible]

保険者名を記載してください。

対象者と同一保険の加入者の氏名、個人番号を記入。

(例)・社会保険⇒被保険者のみ

- ・国民健康保険、後期高齢⇒同一保険に加入している全ての方

病状の変化又は治療方針の変更	有	・	添削	断書の添付	日	添
----------------	---	---	----	-------	---	---

種 別	医療機関名	所在地・電話番号	※医療機関
受診を希望する指定医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。）	病院・診療所	千葉県松戸市〇〇町1111 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	受診を希望する病院 称・所在地・電話番号 その他欄については、 み、訪問看護や検査 をご記載ください。
	薬 局	千葉県松戸市〇〇町2222 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	その他（訪問）	千葉県松戸市〇〇町3333 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
	□□訪問看護ステーション		

受診を希望する病院・薬局を1か所ずつ指定し、名称・所在地・電話番号をご記載ください。
 その他欄については、**主治医の指示がある場合のみ**、訪問看護や検査病院、別治療のための病院等をご記載ください。

千葉県知事 様

令和〇〇年△△月□□日

申請者氏名 松戸 太郎

申請日と対象者氏名を**直筆**でご記載ください(対象者が18歳未満の場合は保護者の氏名)。

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。

注

- 1 「(新規・再認定・変更)」は該当するものを○で囲むこと。
2 変更の場合は、「障害児・者」欄及び変更のある事項のみ記入すること。

ここから下の欄には記入しないでください。

※市町村処理欄	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	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続(県処理欄)		該当・非該当						
	所得確認方法	個人番号		市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定証		生活保護受給世帯の証明書		その他()		
	診断書の提出区分	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・手帳で新規				手帳同時申請の場合、始期を合わせる				希望				
	有効期間	令和				～	令和			まで				