

①県提出用

[illegible][illegible][illegible]

病状の変化又は治療方針の変更	有 ・ 無	前年度の申請に係る診断書の添付	有 ・ 無
----------------	-------	-----------------	-------

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。）	種 別	医 療 機 関 名	所 在 地 ・ 電 話 番 号	※医療機関コード（市町村処理欄）							
	病院・診療所										
	薬 局										
	その他 （ ）										

千葉県知事 様

令和 年 月 日

市町村受理印

申請者氏名

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 標準負担額減免認定証 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			