

# 記入例

受診者が18歳未満の場合

初めての申請の方

更新の方

様式第1号

## 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

※1 新規申請 <b>再認定（更新申請）</b> 医療機関変更・追加 所得区分変更												
タガジョウ ハナコ 生 年 月 日												
多賀城 花子 性別 <b>男</b> ・女 年齢 15歳 明治 大正 昭和 平成										△年 1月 1日		
タガジョウシチュウオウ 多賀城市中央2丁目1番1号										電話番号 022-368-1141		
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3												
フリガナ 保護者氏名 タガジョウ タロウ 多賀城 太郎										受診者との関係 父		
フリガナ 保護者住所 ※2 タガジョウシチュウオウ 多賀城市中央2丁目1番1号										電話番号 ※2 022-368-1141		
保護者個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7												
受診者の被保険者証の記号及び番号 み多 111111										保険者名 多賀城市健康保険組合		
受診者と同一保険の加入者 多賀城 太郎												
受診者と同一保険の加入者個人番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 9												
該当する所得区分 ※3 1・2・3・4・5・6 重度かつ継続 ※4												
身体障害者手帳番号 精神障害者保健福祉手帳番号												
医療機関名 所在地・電話番号												
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）						病院名 多賀城クリニック			住所・電話番号 多賀城市〇〇1丁目1番1号 022-〇〇〇-〇〇〇〇			
						薬局名 多賀薬局			住所・電話番号 多賀城市〇〇1丁目1番1号たがビル 022-△△△-〇〇〇〇			
※9 医療機関変更及び追加の際の適用年月日 平成 年												
受給者番号 ※5 123456												
治療方針の変更 ※6 有 ・ 無 診断書の添付 ※7												
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 多賀城 太郎 <b>印</b> ※8												
令和 〇〇年 〇月 〇日												
宮城県知事 殿												

マイナンバーカードもしくは通知カードに記載されている番号を記入してください。

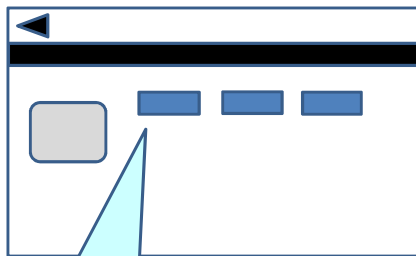
受診者が18歳未満の場合保護者名を記入してください。

健康保険証に記載されている記号・番号と保健者名を記入してください。

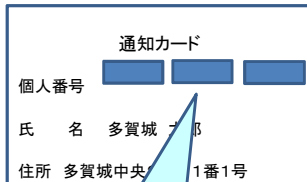
デイケアや訪問看護を利用されている方はそちらも記入してください。

保護者名を記入・押印

### 個人番号（マイナンバー）の見方について



マイナンバーカードの裏面の12桁の番号が個人番号（マイナンバー）になります。



マイナンバー通知カードの12桁の番号が個人番号（マイナンバー）になります。

### 健康保険証の記号・番号について

被保険証 有効期限 〇年〇月〇日  
**記号 み多 番号 1234567**  
 氏名 多賀城 太郎  
 生年月日 〇年〇月〇日  
 世帯主名 多賀城 〇男  
 住所 多賀城市中央2丁目1番1号  
 交付年月日 〇年〇月〇日  
 被保険者番号 123456  
 保険者名 多賀城市

健康保険証の記号及び番号になります。

保健者名になります。  
 例) 〇〇健康保健組合など

# 記入例

受診者が18歳以上の場合

初めての申請の方

更新の方

様式第1号

## 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

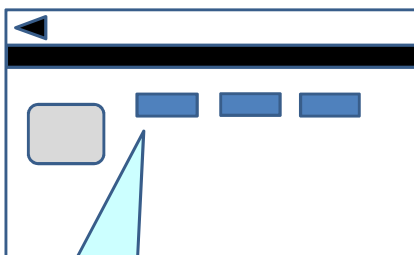
※1 新規申請 <b>再認定（更新申請）</b> 医療機関変更・追加 所得区分変更														
タガジョウ ハナコ														
多賀城 花子			性別	男・女	年齢	25歳	生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成							
タガジョウシチュウオウ			多賀城市中央2丁目1番1号				電話番号	022-368-1141						
個人番号			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
受診者が18歳未満の場合	フリガナ													
	保護者氏名													
	フリガナ 保護者住所 ※2													
保護者個人番号														
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	み多 1111111					保険者名	多賀城市健康保険組合						
	受診者と同一保険の加入者	多賀城 太郎												
	受診者と同一保険の加入者個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	9			
該当する所得区分 ※3	1・2・3・4・5・6						重度かつ継続 ※4							
身体障害者手帳番号														
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名						所在地・電話番号							
	病院名 多賀城クリニック						住所・電話番号 多賀城市〇〇1丁目1番1号 022-〇〇〇-〇〇〇〇							
	薬局名 多賀薬局						住所・電話番号 多賀城市〇〇1丁目1番1号たがビル 022-△△△-〇〇〇〇							
	※9 医療機関変更及び追加の際の適用年月日 平成 年													
受給者番号 ※5	123456													
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無					診断書の添付 ※7								
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	多賀城 花子					印 ※8	受診者本人の名前							
令和	〇〇年 〇月 〇日													
宮城県知事 殿														

マイナンバーカードもしくは通知カードに記載されている番号を記入してください。

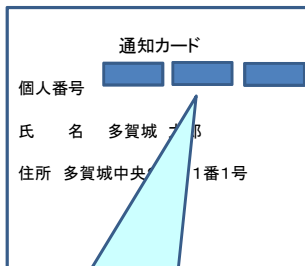
健康保険証に記載されている記号・番号と保健者名を記入してください。

デイケアや訪問看護を利用されている方はそちらも記入してください。

### 個人番号（マイナンバー）の見方について



マイナンバーカードの裏面の12桁の番号が個人番号（マイナンバー）になります。



マイナンバー通知カードの12桁の番号が個人番号（マイナンバー）になります。

### 健康保険証の記号・番号について

健康保険証の記号及び番号になります。

被保険証 有効期限 〇年〇月〇日  
記号 **み多** 番号 **1234567**  
氏名 多賀城 太郎  
生年月日 〇年〇月〇日  
世帯主名 多賀城 〇男  
住所 多賀城中央2丁目1番1号  
交付年月日 〇年〇月〇日  
保健者番号 123456  
保険者名 **多賀城市**

保健者名になります。  
例) 〇〇健康保健組合など