

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名					年齢	歳	生 年 月 日 大正 昭和 平成 令和			
	フリガナ 受診者住所					電話番号					
	個人番号										
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所※2					電話番号					
	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					保険者名					
	受診者と同一保険の加入者①										
	受診者と同一保険の加入者個人番号①										
	受診者と同一保険の加入者②										
	受診者と同一保険の加入者個人番号②										
	受診者と同一保険の加入者③										
	受診者と同一保険の加入者個人番号③										
	受診者と同一保険の加入者④										
	受診者と同一保険の加入者個人番号④										
	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※4		該当 ・ 非該当		
精神障害者保健福祉手帳番号											
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					
	①						①				
	②						②				
③						③					
受給者番号 ※5											
治療方針の変更 ※6	有 ・ 無				診断書の添付 ※6、※7			有 ・ 無			
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											
令和 年 月 日											
長野県知事 殿											

※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※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 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※5 再認定または変更の方のみ記入。

※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）

自治体記入欄

申請受付年月日	年 月 日	進達年月日	年 月 日	認定年月日	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※4	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※4	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 その他収入を証明する書類 ()				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
前回の有効期間	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日	
診断書の提出	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				
備 考					