

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			
	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 ※2					
	保護者個人番号												
負担額 に 關 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							
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考し、該当すると思う区分に○をする。

※4 チェックシートを参考し、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 繼続申請（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		進達年月日		認定年月日	
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	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 その他収入等を証明する書類()				
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					