

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		年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名				明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	フリガナ		電話番号				
	受診者住所	〒					
個人番号							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係				
	保護者氏名						
	フリガナ		電話番号 ※2				
	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		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			
	病院						
	薬局						
訪問看護							
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	・	・	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		
資格確認方法	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（		）		
資格確認方法	情報提供ネットワーク		国保健康保険・後期高齢者医療システム		資格情報のお知らせ		
資格確認方法	マイナポータル		その他（		）		
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							