

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	保護者フリガナ									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 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 国民健康保険・後期高齢者医療システム 資格情報のお知らせ マイナポータル その他（生活保護 国保加入手続済。M I C 未反映）				
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 末日				
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					