

別紙様式第1号

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					
	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		受診者と同一保険の加入者個人番号					
	受診者と同一保険の加入者		受診者と同一保険の加入者個人番号					
	受診者と同一保険の加入者		受診者と同一保険の加入者個人番号					
	受診者と同一保険の加入者		受診者と同一保険の加入者個人番号					
	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（		）			
前回の受給者番号				今回の受給者番号				
前回の有効期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 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								