

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)

番号確認書類: 個人番号カード 通知カード 住民票 その他() 職権確認了承
身元確認書類: 個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 その他()
保険証等添付: 有・無 (閲覧承諾: 有・無) 受付者:

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	
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				
前回の受給者番号	マイナポータル			その他()			
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							