

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	ふりがな		年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名				大・昭	年	月
	ふりがな		電話番号				
受診者住所							
	個人番号						
受診者が18歳未満の場合	ふりがな		受診者との関係				
	保護者氏名						
	ふりがな		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	記号	番号	保険者名称			
	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(〇〇市)・電話番号		
	(病院)						
	(薬局) 院内処方・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			
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>長野県知事 殿</p>							

- ※1 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。} わからなければ、記入しなくてもかまいません。
- ※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）

裏面の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

以外は市町村で記入

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
所得確認書類	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 同意書 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	年 月 日 ~ 年 月 日		今回の有効期間	年 月 日 ~ 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					