

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	ウエダ タロウ					生 年 月 日						
	受診者氏名	上田 太郎					年齢	50 歳		昭和〇〇年〇〇月〇〇日			
	フリガナ	ウエダシオオテ					電話番号	090-1234-5678					
	受診者住所	上田市大手1-											
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	マイナンバーを記入してください。			
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							電話番号 ※2	医療を受ける者(障がい者)本人の被保険者証の保険者名を記入。				
	ふりがな						医療を受ける者(障がい者)本人の被保険者証の記号と番号を記入。						
保護者住所 ※2						受診者が18歳未満の場合のみ記入。							
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	1 2 3			番号	4 5 6-7			保険者名	上田市 又は 〇〇健康保険組合〇〇支部など		
	受診者と同一保険の加入者①	上田 花子											
	受診者と同一保険の加入者個人番号①	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	受診者と同一保険の加入者②	上田 一郎											
	受診者と同一保険の加入者個人番号②	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5
	受診者と同一保険の加入者③	上田 二郎											
	受診者と同一保険の加入者個人番号③	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4
	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 <b>一記入不要</b> 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上					重度かつ 継続 ※4		該記入不要該当				
精神障害者保健福祉手帳番号	第XXXXXX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					精神障害者保健福祉手帳を所持している場合は、手帳番号を記入。							
	〇〇メンタルクリニック					上田市〇〇〇〇・0268-XX-XXXX							
	△△訪問看護ステーション					上田市〇〇〇〇・0268-XX-XXXX							
受給者番号 ※5	発行済み受給者証の番号を記入。												
治療方針の変更 ※6	有 <b>一記入不要</b> 無					利用する医療機関を記入。 ※県の指定を受けている医療機関であること。			有 <b>一記入不要</b> 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 <b>上田 太郎</b>													
令和 〇 年 〇 月 〇 日													
長野県知事 殿													

※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。