

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	〇〇 △△						年齢	〇 歳	生年月日		
	受診者氏名	〇〇 △△								明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇年 〇月 〇日		
	フリガナ	カミイナグンタツノマチオオアザ〇〇〇パンチ						電話番号	0266-00-0000			
	受診者住所	〒 399-〇〇〇〇 上伊那郡辰野町大字〇〇〇番地										
個人番号		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇										
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							診者と の関係				
	保護者氏名	マイナンバーを確認して誤りの無い様に記入してください										
	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	(記号) □□ (番号) * * *				保険者名		(保険者名称) * * * * *				
	受診者と同一保険の加入者①	受診者と同一の保険加入者家族全員（保険証の写しが必要です） （マイナンバーも記載してください）				受診者と同一保険の加入者個人番号①		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
	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 〇〇△病院						市町村名 電話番号					
	薬局 ※※※薬局						市町村名 電話番号					
	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 〇〇 △△ 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 マイナポータル その他（ ）				
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					