

自立支援医療費（育成・更生・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 受診者氏名				年齢	歳	生年月日								
							明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日					
	フリガナ 受診者住所				電話番号										
個人番号															
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係										
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2										
保護者個人番号															
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号			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														
	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	・
身体障害者手帳番号				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 辰野町長 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）

ここから下の欄には記入しないでください。

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												
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																