

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）		（記入例）	
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 年 月 日
	フリガナ 受診者住所	カミイナグンタツノマチオオアザ○○○番地 上伊那郡辰野町大字○○○番地	電話番号 0266-00-0000
	個人番号	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	
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		
	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
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		病院住所、電話番号 薬局住所、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
<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 ○○ △△ ※8 令和 年 月 日 長野県知事 殿</p> <p>※ 保険証の写しが必要です（加入者全員） 新規または前回更新時に診断書の提示が無かった方は診断書が必要です</p>			

※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）  
 ※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		
前回の有効期間	令和   年   月   日 ～ 令和   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					