

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 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 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	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名						
	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・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 _____ 印 ※8</p> <p>令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>長野県知事 殿</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。

