

## 別紙様式第1号

## 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								
	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	・
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 印 ※8															
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 繼続申請（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	年 月 日 ~ 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									