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		年齢		生年月日
	受診者氏名			歳	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日
	フリガナ			電話番号	
	受診者住所	〒			
	個人番号				
受診者が１８歳未満の場合	フリガナ			受診者との関係	
	保護者氏名				
	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		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
	病院	
	薬局	
	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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）のいずれかに〇をする。
※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〇をする。
※４　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
※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）の添付状況に〇をする。（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					