

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                | 歳        | 生年月日                    |  |  |
|                                  | 受診者氏名            |                       |                   |          | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>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 |                         |  |  |
|                                  |                  |                       |                   |          |                         |  |  |
|                                  |                  |                       |                   |          |                         |  |  |
| 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○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）

番号確認書類：個人番号カード 通知カード 住民票 その他( ) 職権確認了承  
 身元確認書類：個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 パスポート  
 保険証 診察券 その他( )  
 受付者:

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<br>生活保護受給世帯の証明書                      | 市町村民税課税証明書<br>その他収入等を証明する書類（ | 市町村民税非課税証明書 | 標準負担額減額認定証 |  |
| 前回の受給者番号 |   | 今回の受給者番号                     |             |            |  |
| 前回の有効期間  | H・R 年 月 日 ~ H・R 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       |   |                              |             |            |  |