

| 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）  |                   |    |    |                 |   |                                     |   |     |   |     |   |      |              |    |   |
|--|-------------------|----|----|-----------------|---|-------------------------------------|---|-----|---|-----|---|------|--------------|----|---|
| 障害者・児  | フリガナ              |    |    |                 |   | ※1 生年月日                             |   |     |   |     |   |      |              |    |   |
|  | 受診者氏名             |    | 年齢 | 歳               |   | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>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<br>※2       |    |    | 電話番号<br>※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<br>※3    | 生保 | ・  | 低1              | ・ | 低2                                  | ・ | 中間1 | ・ | 中間2 | ・ | 一定以上 | 重度かつ継続<br>※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<br>※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</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）

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<br>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       |   |       |          |        |          |