

| 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<br>受診者氏名       |                                 |  |  |              | 年齢         | 歳        | 生年月日<br>明治・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 |          |  |
|                                    | フリガナ<br>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<br>保護者氏名       |                                 |  |  |              | 受診者との関係    |          |                                 |          |  |
|                                    | フリガナ<br>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※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     |            |          |                                 |          |  |
|                                    | 医療機関：               |                                 |  |  |              |            |          |                                 |          |  |
|                                    | 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<br>令和 年 月 日<br>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）

| 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  | 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       |   |  |            |              |             |        |            |          |  |                  |  |