

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	年齢	歳	生年月日 明治 大正 昭和 平成 令和 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 ※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 ・ 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）

