

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
	フリガナ 受診者住所			電話番号		年 月 日
	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		
<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 style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">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）

