

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	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			
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）

