

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				
	フリガナ		電話番号		年 月 日				
	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						
	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	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>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）

