記入例

別紙様式第１号

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	コモレビ　タロウ	年齢	○ 歳	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 ○年 ○月 ○日
	受診者氏名	木もれ陽　太郎			
	フリガナ	カルイザワマチオオアザナガクラ	電話番号	日中つながる番号を記入	
	受診者住所	〒 389-0111 軽井沢町大字長倉4844番地1			
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
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	軽　12345678	保険者名	軽井沢町	
	受診者と同一保険の加入者①	木もれ陽　花子	受診者と同一保険の加入者個人番号①	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	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	同じ保険証に加入している方がいる場合は記入	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		12345　（手帳を持っていたら記入）			
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		
	病院	受給者証に記載されている病院名	○○町　0267-○○○-○○○○		
	薬局	受給者証に記載されている薬局名	○○町　0267-○○○-○○○○		
	訪問看護	受給者証に記載されている訪問看護	○○町　0267-○○○-○○○○		
受給者番号 ※5		受給者証の番号			
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　木もれ陽　太郎（受給者本人の氏名）

令和　　年　　月　　日

長野県知事　殿　　※日付は記入しないで下さい。

一緒に提出するもの
・保険証コピー
・受給者証コピー
・税の同意書
（新規のみ個人番号同意書）

※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）

※3.4.6.7は、自治体で記入するので、記入不要です。

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（　）				
資格確認方法	情報提供ネットワーク　国保健康保険・後期高齢者医療システム　資格情報のお知らせ　マイナポータル　その他（　）				
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　末日				
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					