

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	〇 歳	生年月日									
	受診者氏名	木もれ陽 太郎								明治・大正・昭和・平成・令和 〇 年 〇 月 〇 日									
	フリガナ	カルイザワマチオオザナガクラ						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						変更後の病院・薬局名 所在地・電話番号												
	受給者証に記載されている病院・薬局名等																		
	薬局																		
訪問看護																			
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。																			

※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。 ※3.4.6.7は、自治体で記入するので、記入不要です。
※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）

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							

