|  |
| --- |
| 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 |  | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 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 | 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 |
| 病院 |  |
| 薬局 |  |
| 訪問看護 |  |
| 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）

|  |
| --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）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情報提供ネットワ－ク |
| 資格確認方法 | マイナポ－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 |  |