

例

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）

※当てはまるものに丸をしてください

障害者・児	受診者氏名	高山村 花子					年齢	20歳					生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 12年 3月 4日		
	フリガナ						電話番号	123-4567-8910								
	受診者住所	高山村大字高井1234-5														
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1	※マイナンバー		

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						受診者が18歳未満の場合記入					
	フリガナ											
	保護者住所 ※2											
保護者個人番号						※2						

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	(記号) 123 (番号) 45678	保険者名	高山村
	受診者と同一保険の加入者①	高山村 太郎	※ご家族で同じ保険証を使っている方のお名前を記入してください	
	受診者と同一保険の加入者個人番号①	※マイナンバー番号記入		
	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	01234	※精神手帳を持っている方のみ記入してください
---------------	-------	------------------------

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
	①通われている医療機関名	①医療機関の住所とお電話番号
	②通われている薬局名	②薬局の住所とお電話番号

受給者番号 ※5	1234567	※受給者証の太字の番号を記入してください（新規の方は記入不要です）
治療方針の変更 ※6	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	診断書の添付 ※6、※7
		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 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 高山村 花子  
令和 △年 △月 △日

※申請者の氏名と日付を記入してください

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）

裏面の記入は不要です

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（ ）					
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 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						