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