

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	ウエダ タロウ	通院されるかた 本人について記入	年齢	50 歳	生年月日												
	受診者氏名	上田 太郎				明治・大正・昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日												
	フリガナ	ウエダシオオテ	電話番号	090-1234-5678														
	受診者住所	〒 386-8757 上田市大手 1-11-16																
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											マイナンバー(12桁)を記入						
	保護者氏名	通院されるかたが18歳未満の場合のみ記入																
	フリガナ																	
	保護者住所 ※2	通院されるかた本人の被保険者証の 記号と番号を記入										通院されるかた本人の 被保険者証の保険者名を記入						
負担額に関する事項	保護者個人番号																	
	受診者の被保険者証 の記号及び番号	123	456-7	保険者名	上田市 または 全国健康保険協会〇〇支部など													
	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										利用する医療機関名を記入 ※県の指定を受けている医療機関であること 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 〇〇メンタルクリニック												上田市 0268-××-×××××					
	薬局 □□薬局												上田市 0268-××-×××××					
	訪問看護 △△訪問看護ステーション												上田市 0268-××-×××××					
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													上田 太郎		通院されるかたの氏名(自署)が必要			
令和 〇年 〇月 〇日																		
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（生活保護受給世帯の世帯員が市町村民税課税証明書等提出を要しない）同意書							
資格確認方法	情報提供ネット マイナポータル					記入不要 資格情報のお知らせ		
前回の受給者番号								
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								