

操作マニュアル

～自立支援医療（精神通院）オンライン申請～

【再認定用】



土浦市障害福祉課

①申請方法の選択

 入力フォーム

このフォームは、株式会社トラストバンクが提供する電子申請サービス「LoGoフォーム」へログインをして申請することができます。
ご希望の申請方法を選び、次の画面に進んでください。

このまますぐに申請する
ゲストとして申請を進めます。
※メールアドレス認証が必要な場合があります。

 申請へ進む

ログインして申請
ログインまたはアカウント登録をして申請を進めます。

 LoGoフォーム

アカウント登録でマイページをご利用できます

- ① 自分の申請履歴を確認できます。
- ② 氏名や住所などの登録内容を利用して、申請フォームを作成できます。
- ③ 電子文書の確認や支払いが必要な申請もすぐ完了します。

 ログイン  新規アカウント登録

- 「新規アカウント登録」をすると、「マイページ」がご利用できます。申請履歴の確認ができます。
- 外部サービスと連携し、アカウント登録もできます。

② (ゲストとして申請を進める場合) メールアドレスの入力

入力フォーム - メール認証

1 入力

2 メール送信完了

メールアドレス登録及び認証をお願いします。

メールアドレスが正しく登録できることを確認します。お客様が受信可能なメールアドレスを入力し、送信ボタンを押してください。

メールアドレス **必須**

0 / 128

→ 送信

③ (ゲストとして申請を進める場合) メールアドレスの認証

※本メールは、フォームにご入力された方にお送りする自動配信メールです。本メールへの返信はできません。
※本メールに心当たりが無い場合は、お手数ですがメールを破棄していただきますようお願いいたします。
※お手続きはまだ完了していません。本文をお読みの上、お手続きを続行してください。

お客様のメールアドレス認証が完了しました。
引き続き、以下のURLにアクセスしてフォームへの回答をお願いします。

登録したメールアドレスに送られるURLをクリックします。

https://tb.logoform.st-japan.asp.lgwan.jp/f/EZC7w/6785179?key=7c8bdeed65fa71634921e0667e20ac0434fe1dddf4c412a3ad56b868f42b51c6&auth=O81UT5KM0xTThzpSjrfjlofrsUAL485MPHpPRfjgeIgf140AET4ksSuPb-wkfdYudYIOV6gkJVCwDvFGVeV4XEHLbAvYQbzIgAjEB7_9NHbJDVKE6xKLfs5jjzFYKgZM5ec8QtslzpXsjIjJy5Dy5w

※お手続きURLの有効期限は24時間です。
有効期限が切れた場合はお手数ですが、再度メール認証からやり直していただきますようお願いいたします。

④申請フォームをクリック

1 入力

2 確認

3 完了

下記のフォームにご入力をお願いします。

自立支援医療費（精神通院）支給の【再認定】について

下記【対象者】のすべての項目に該当する方がオンライン申請できます。1つでも該当しない場合は、窓口でのお手続きをお願いいたします。

【オンライン申請の対象者】（次の①～④すべてに該当する方）

- ①住民票が土浦市にある
- ②すでに認定を受けていて、診断書不要の年度
※診断書不要の年度の方は、自立支援医療（精神通院）受給者証に「医療用1年目」または「手帳用1年目」と記載があります。
- ③再認定の時期（有効期限の3か月前から有効期限まで）である
- ④再認定と併せて内容変更（住所、氏名、医療保険、医療機関）がない

【オンライン申請に必要な書類】（撮影した写真画像、スキャンデータ等を添付してください。）

- ①受診者本人の顔写真付き本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、障害者手帳など）
※受診者本人が18歳未満の方は保護者が受給者となるため、保護者の方の顔写真付き本人確認書類が必要です。
- ②現在の受給者証
- ③（受診者本人が障害年金等を受給している場合のみ）受診者本人の障害年金等の金額がわかる書類
※受診者本人が18歳未満の方は保護者が受給者となるため、保護者の方が障害年金等を受給している場合に書類が必要です。

【その他の注意事項】

- ・所得の申告がされていない場合、受付できないことがあります。

ご不明な点があれば、障害福祉課 障害審査係（029-826-1111 内線2365）にお問い合わせください。

内容をご確認いただいた上で、
ご申請ください。

⑤-1 申請フォームの入力

同意事項 **必須**

障害者総合支援法における自立支援医療費を受給するため、土浦市長が私及び私と同じ医療保険に属する世帯員全員の住民登録資料、税務資料、個人番号、その他必要な情報について、各関係機関に調査・照会・閲覧し、必要に応じて申請書類を補正することに同意します。 **必須**

上記内容について同意する。

内容をご確認いただき、問題なければ✓してください。

確認事項

①受診者の医療保険（生活保護受給者は生活保護を受給する市町村）は、現在の受給者証に記載のある情報で変わらなですか？ **必須**

- はい
 いいえ

変更がある場合、オンラインでの申請は受付できません。


②受給者証で登録する医療機関（病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護）は、現在の受給者証に記載のある情報で変わらなですか？ **必須**

- はい
 いいえ

変更がある場合、オンラインでの申請は受付できません。

⑤-2 申請フォームの入力

申請日

 2026-05-29

③受診者本人の顔写真付き本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、障害者手帳など）を撮影した写真、画像、スキャンデータ等を添付してください。なお、受診者本人が18歳未満の方は保護者が受給者となるため、保護者の方の顔写真付き本人確認書類を添付してください。 **必須**



④精神科に通院されるご本人様の現在の受給者証について、見開き1ページ目を撮影した写真、画像、スキャンデータ等を添付してください。 **必須**



申請日は自動入力されます。
そのまま入力を進めてください。

見開き1ページ目（氏名、住所、
医療保険、医療機関が記載されて
いるページ）のみで構いません。

⑤-3 申請フォームの入力

受診者の方について

精神科に通院されるご本人様の氏名・生年月日・ご住所等をご入力ください。

受診者

氏名

氏 必須

0 / 64

名 必須

0 / 64

氏フリガナ 必須

0 / 64

名フリガナ 必須

0 / 64

住所

郵便番号 必須

0 / 8

都道府県 必須



市区町村 必須

0 / 64

番地 必須

0 / 64

マンション・部屋番号

0 / 64

電話番号

電話番号 必須

受給者証をお使いのご本人様の情報を最後までご入力ください。
なお、郵便番号をご入力いただくと住所が途中まで自動入力されます。

⑤-4 申請フォームの入力

保護者の方について

保護者の氏名
※受診者の方が18歳未満の場合に入力が必要となります。

氏名

氏 **必須** 0 / 64

名 **必須** 0 / 64

氏フリガナ **必須** 0 / 64

名フリガナ **必須** 0 / 64

住所

郵便番号 **必須** 0 / 8 都道府県 **必須** ▼ 市区町村 **必須** 0 / 64

番地 **必須** 0 / 64 マンション・部屋番号 0 / 64

電話番号

電話番号 **必須**

受給者証をお使いの方が18歳未満の場合のみご入力が必要です。
なお、郵便番号をご入力いただくと住所が途中まで自動入力されます。

⑤-5 申請フォームの入力

受診者との関係 **必須**

受診者の方が18歳未満の場合に入力が必要となります。受診者の方との続柄等を入力してください。 **必須**

例：父、母、祖父、祖母など

受給者証をお使いの方が18歳未満の場合のみご入力が必要です。

申請者氏名

自動入力となります。18歳未満の方の場合は、保護者が申請者となります。

ご回答は不要な項目です。

受診者の住所（1月1日時点） **必須**

精神科に通院されるご本人様の住所について、令和7年1月1日時点の情報を選択・入力してください。 **必須**

- 「受診者の住所」に入力した内容と同じ。
- 「受診者の住所」に入力した内容と異なる。

令和7年1月1日時点の住所を入力してください。 **必須**

現在の土浦の住所と令和7年1月1日時点の住所が異なる場合は、住所の入力が必要です。

⑤-6 申請フォームの入力

障害年金・特別障害給付金・遺族年金等の受給について

精神科に通院されるご本人様（ご本人様が18歳未満の場合は保護者様）が、障害年金・特別障害給付金・遺族年金等を受給しているか選択してください。

必須

- 障害年金・特別障害給付金・遺族年金等を受給していない。
- 障害年金・特別障害給付金・遺族年金等を受給している。

障害年金・特別障害給付金・遺族年金等の受給金額の確認書類

必須

障害年金・特別障害給付金・遺族年金等の受給金額がわかる書類が必要です。撮影した写真、画像、スキャンデータ等を添付してください。 必須



例えば障害年金を受給している場合、障害年金の受給金額がわかる年金証書や振込通知書等が必要です。

⑤-7 申請フォームの入力

個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者代理人設定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は「希望する」を選択してください。※入力いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿とする処置をとるためにのみ使用します。 **必須**

- 希望しない
- 希望する

DV・虐待等の被害を受けていて避難されており、所在地の情報を秘匿される方は、「希望する」をご選択ください。

私は、上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。

✓をしていただくようお願いいたします。

この申請の約3か月後に受給者証原本を精神科に通院されるご本人のご自宅へ郵送いたします。また、この申請の受付後に内容の控えをご自宅へ郵送いたします。控えは必ず医療機関にご提示ください。なお、有効期限が切れた受給者証は市では回収していません。 **必須**

- 確認した
- ご自宅以外へ郵送希望

➤ 申請の受付後に、控えをお送りいたします。
➤ できあがった受給者証や内容の控えを住民票の住所以外の住所に送付を希望される場合、「ご自宅以外へ郵送希望」をご選択ください。

⑤-8 申請フォームの入力

ご自宅以外へ郵送希望を選択された方は、送付先を入力してください。

住所

郵便番号

0 / 8

都道府県

〒

番地

0 / 64

できあがった受給者証や内容の控えを
住民票の住所以外の住所に送付を希望される場合、
送付先をご入力ください。

回答の送信方法

- ・最後までご入力いただきましたら、この枠の下に表示されている「確認画面へ進む」ボタンを押していただくと確認画面が表示されます。
- ・確認画面で「送信」ボタンを押していただくことで回答完了となり、入力いただいたメールアドレスに送信完了メールが届きます。

→ 確認画面へ進む

📄 入力内容を一時保存する

入力が終わりましたら、「確認画面へ進む」を押してください。
次の確認画面でご確認いただいた内容で問題なければ、「送信」を押していただき、申請は終了になります。