

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

【新規・再認定・継続・変更（保険・所得区分・医療機関）・転入】※1

※府記入欄

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-------------|---|------------------------------|--------------|---------|------|--|--|----|--|--|
| 受診者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 年齢 | 歳 | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 個人 番号 | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 _____ 大阪府 _____ | | | | | | | | | | | 電話番号 () | | | | | | | | | |
| | 他府県からの 転入前の住所 | | | | | | | | | | | 変更年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | 受診者との関係 | | | | | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | | | | | | 電話番号※2 () | | | | | | | | | | |
| | 保護者住所※2 | 〒 _____ | | | | | | | | | | 変更年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 他府県からの 転入前の住所 | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 健康保険証に関する事項 | 保険の種類 | 健康保険（社会保険等） ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者 ・ 生活保護（管轄） ※該当に○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受診者と同一保険の 他の加入者 ※医療機関の変更の み場合は、記載し ないでください。 | 氏名 | | | | | | | | | | | 個人番号 | 受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号※3 | | | 記号 | | | 番号 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者名 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 公的年金等受給の有無※4 | 公的年金の種類 | | | | | | |
| | 変更年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | 有 ・ 無 | | 年間収入額 | | 円/年 | | | | | | |
| 該当する所得区分 | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 | | | | | | | | | | 高額治療継続者（重度かつ継続） | | | 該当 ・ 非該当 | | | | | | | | |
| 自立支援医療受給者番号 | | | | | | | | | | | 自立支援医療有効期限 | 年 月 日 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | | |
| 病状の変化及び治療方針の変更※5 | 有 ・ 無 | | | | | | | | | | 診断書の添付※5、※6 | | | 有 ・ 無 | | | | | | | | |
| 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。） 医療機関の変更（追加を含む。） <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし *変更後の内容を全て記入してください。 | 区分※7 | 医療機関名 | | | | | | | | | | 所在地・電話番号 | | | 医療機関コード | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 変更年月日※8 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。 申請者氏名 年 月 日 大阪府知事様 | | | | | | | | | | | 市町村受付印 | | | 大阪府受付印 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書を提出した者 | 氏名 | | | | | | | | | | | 本人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療機関職員（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | 住所 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- ※1 新規・再認定・継続・変更（保険、所得区分及び指定医療機関の変更申請の場合）・転入のいずれかに○をしてください。転入後に変更する事項がある場合は、別に申請書を提出してください。変更の場合は、「受診者」の欄及び変更のあった事項を記載してください。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。また、受診者本人の申請で施設入所による居住地特例の場合は、入所前の居住地を記入してください。
- ※3 生活保護受給中の場合は、記入は不要です。
- ※4 市町村民税非課税世帯の方は、「自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請について」の「3. 公的年金の記載について」を確認の上、該当する公的年金等の有無及び必要事項を記載してください。なお、記載がない場合は、所得区分が「低2」（負担上限額：5,000円/月）となることがあります。
- ※5 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の場合に記入してください。
- ※6 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写し）の添付状況について○をしてください。
- ※7 次の区分から選択し、数字を記入してください。（1：通院 2：薬局 3：デイナイトケア 4：訪問看護 5：検査 6：その他）
なお、「6：その他」を選択する場合は、事前に問い合わせが必要です。
- ※8 新規に医療機関等を追加する場合の有効期間の始期は、市町村の受付日となります。

----- ここから下の欄には、記入しないでください。 -----

市町村記入欄

| | | | |
|----------|---|-----------------|----------|
| 前回所得区分 | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上 | 高額治療継続者（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 | 高額治療継続者（重度かつ継続） | 該当 ・ 非該当 |
| 所得確認方法 | <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市民税課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類（ ） | | |
| 診断書の提出 | <input type="checkbox"/> 医療用（1年目） <input type="checkbox"/> 医療用（2年目） <input type="checkbox"/> 手帳用（1年目） <input type="checkbox"/> 手帳用（2年目） <input type="checkbox"/> 手帳で新規 | | |
| 前回の受給者番号 | 前回の有効期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 |
| 今回の受給者番号 | 今回の有効期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 |
| 備考 | <input type="checkbox"/> 手帳同時申請 | | |