

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	トヨナカ センリ		年齢	28 歳		生 年 月 日						
	氏 名	豊中 千里		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		昭和〇〇年 △△月 ××日						
	住 所	〒 5 6 1 - 0 8 8 1 大阪府 豊中市中桜塚3-1-1		電話番号	〇〇〇 (△△△△) ××××								
	他府県からの 転入前の住所	沖縄県沖縄市仲宗根町26-1		変更年月日	〇〇年 △△月 ××日								
受診者が18歳未満の場合	保護者	転入時に記入		日中連絡のつく番号を記入		受診者との関係							
	保護者住所 ※2			電話番号 ※2	()								
	他府県からの 転入前の住所			変更年月日	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 のみの場合は、記載 しないでください。	氏 名	豊中 蛭		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		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	豊国	番号	12345678	
								豊中市					
								公的年金等受給の有無※4		公的年金の種類	障害基礎年金2級		
	変更年月日	●●年 ●月 ●●日		記入漏れに注意		有 ・ 無		年間収入額	872,100 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。） ☑あり・□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							
		〇〇病院		豊中市●●町1-1-1 06-0000-0000									
		▲▲薬局		豊中市●●町2-2-2 06-0000-0001									
		□□薬局		大阪市●●町3-3-3 06-0000-0002									
		訪問看護ステーション●●		豊中市●●町4-4-4 06-0000-0003									
変更年月日※8	●●年 ●月 ●●日												
私は、上記 変更日はお忘れなく 給認定を申請します。													
申請者氏名 豊中 千里 年 月 日 大阪府知事様 変更がなくとも全ての医療機関をもれなく記入													
申請書を提出した者	氏名	豊中 千里		関係	申請者欄は必ず本人名を記入 18歳未満は保護者でも可		同上						
☐その他 電話 ()													

※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。
※9 申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかとしてください。

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	☐個人番号 ☐市民税課税証明書又は台帳 ☐市民税非課税証明書又は台帳 ☐標準負担額減額認定証 ☐生活保護受給世帯の証明書又は台帳 ☐その他収入等を証明する書類（ ）		
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		
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	☐手帳同時申請		