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）

※該当する新規・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）のいずれかに〇をする。

受診者	フリガナ		年齢	生年月日	
	氏名		歳	年 月 日	
	住所	〒	電話番号		
	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				
	保護者住所	〒 □受診者と同じ	電話番号		
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		保険者番号		保険種別
			保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号		
	該当する所得区分		重度かつ継続		
精神障害者保健福祉手帳番号			受給者番号		
治療方針の変更			診断書の添付		
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		
備考					

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

年 月 日

保健所長 殿

注 1 「保護者住所」、「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入すること。

2 「受診者と同一保険の加入者」の欄の「個人番号」は、認定の申請の場合に記入すること。

3 「精神障害者保健福祉手帳番号」の欄は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている場合に記入すること。

4 「受給者番号」は再認定又は変更の申請の場合に記入すること。

5 「治療方針の変更」、「診断書の添付」は継続申請（診断書の提出が２年目のことをいう。）をする場合に記入すること。

6 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

7 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

----------ここから下の欄には入力しないでください。----------

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 生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類（　　）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
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					

記　載　要　領

1　「所得区分」の欄には、次により、該当する区分を記入してください。

イ　受診者の属する世帯が生活保護世帯(支援給付世帯を含む。)である場合…生保

※　世帯とは、受診者の加入している医療保険が、国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は当該国民健康保険又は後期高齢者医療に加入している者全員(受診者が18歳未満であり、その加入している医療保険が国民健康保険である場合において、その保護者が後期高齢者医療に加入しているときは、当該国民健康保険に加入している者全員及び当該保護者)を、国民健康保険及び後期高齢者医療以外のものである場合は受診者及び当該医療保険において受診者と扶養又は被扶養の関係にある者全員をいいます。

ロ　「生保」に該当する場合を除いては、受診者の属する世帯が市町村民税非課税世帯であり、かつ、前年(自立支援医療を開始しようとする日が1月から6月までの間にあるときは、前々年)の受診者(受診者が18歳未満であるときは、その保護者)の公的年金等を含む収入金額が、

・80万9千円以下である場合…低1

・80万9千円を超える場合……低2

※　市町村民税非課税世帯とは、本年度(自立支援医療を開始しようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度)の市町村民税が課税されていないか、又は免除になっている世帯をいいます。

ハ　「生保」、「低1」又は「低2」に該当する場合を除いては、受診者の属する世帯の本年度(自立支援医療を開始しようとする日が4月から6月までの間にあるときは、前年度)の市町村民税の所得割の額が、

・3万3千円未満である場合……「中間1」

・3万3千円以上23万5千円未満である場合…「中間2」

・23万5千円以上である場合 ……「一定以上」

2　「重度かつ継続」の欄には、次のいずれかに該当する場合は「該当」を、いずれにも該当しない場合は「非該当」を記入してください。

イ　受診者の属する世帯について、自立支援医療を開始しようとする月以前の12月以内に医療保険の高額療養費が支給されている月数が3月以上ある場合

ロ　受診者が統合失調症、そう鬱病(そう病及び鬱病を含む。)又はてんかんにかかっている者である場合

ハ　受診者が認知症等の脳機能障害又は依存症等の薬物関連障害を有する者である場合

ニ　受診者が3年以上の精神医療の経験を有する医師により計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要すると判断された者である場合