

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）

受診者	フリガナ						年齢	歳	生 年 月 日			
	氏名								年 月 日			
	住所	〒 ー					電話番号					
	個人番号											
受診者が 未満の場合 18歳	フリガナ						受診者 との関係					
	保護者氏名											
	保護者住所 ※1	〒 ー					電話番号 ※1					
保護者個人番号												
医療保険に 関する事項	保険の種類 (該当に○)	健保・協会けんぽ・国保・退職国保・国保組合・後期高齢・共済・生活保護(管轄)・無保険										
	受診者の加入医療保険 の 記号及び番号 ※2						保険者名 ※2					
	受診者と同一保険 の加入者											
	受診者と同一保険 の加入者個人番号											
該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続※3	該当・非該当				
受給者番号							精神障害者保健福祉 手帳番号					
受給者証の 有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日					精神障害者保健福祉 手帳有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日				
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）	区分※4	医 療 機 関 名			所在地			電話番号				
治療方針の変更 ※5		有 ・ 無					診断書の添付 ※5, 6	有 ・ 無				
備 考	※7											
私は上記のとおり、自立支援医療の支給を申請します。 申請者氏名 印 ※8 令和 年 月 日 和歌山県知事様							市町村受付印		精神保健福祉センター使用欄			
									重度かつ継続			
									――			
									該当			
		非該当										

※1 受診者本人と異なる場合に記入。
※2 生活保護受給中の場合は記入不要。
※3 該当か非該当か不明な場合は、無記入でも可。
※4 次の区分から選択し数字を記入する。区分1は一つのみ記載可能。区分5に関しては、備考欄に具体的に記入すること。
1 主として精神通院医療を受ける病院・診療所、2 保険調剤薬局、3 デイナイトケア、4 訪問看護事業者、5 その他
※5 再認定申請される方で、現在お持ちの受給者証が「医療用（1年目）」または「手帳用（1年目）」に○印が記載されている方のみ記入してください。
※6 診断書の添付状況に○をしてください。
※7 複数の病院・診療所を指定自立支援医療機関として希望する場合は備考欄に理由を記載すること。
また、自己負担上限額（所得区分、「重度かつ継続」の該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更（追加を含む）の場合は、備考欄に変更理由を記載すること。
※8 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（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者となります）。
-----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									
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	無関係・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	無関係・該当・非該当	
所得確認書類	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（ ）								
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			
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								
個人番号確認欄	※個人番号確認済 ☐		変更有 ☐		備考				

※必ず、記載されている個人番号が正しいか確認してチェック印してください。個人番号に変更がある場合にもチェック印してください。

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関しての質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
 - ・受けている：「生保」に○をしてください。
 - ・受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
 - ・課税されていない：3へ（市町村民税非課税証明書をご用意ください。）
 - ・課税されている：4へ（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）
- 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。（自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。）
（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
 - ・80万円以下：「低1」に○をしてください。
 - ・80万円を超える：「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
 - ・市町村民税額（所得割） 3万3千円未満：「中間1」に○をしてください。
 - ・市町村民税額（所得割） 23万5千円未満：「中間2」に○をしてください。
 - ・市町村民税額（所得割） 23万5千円以上：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
 - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
 - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- 精神通院医療・・・統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）、3年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された者
- 育成医療・更生医療・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）
- 医療保険の高額療養費で多数該当の方

一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上	
「生保」	「低1」	「低2」	「中間1」	「中間2」	「一定以上」	
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額 育成医療の経過措置 負担上限額 5,000円		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)	
			負担上限額 10,000円			
				重 度 か つ 継 続		
				負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円