

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			性別	男・女	年齢	歳	生年月日						
	氏名			個人番号					明大昭和	治正和成	年 月 日			
													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													
	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			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		
								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。					市町村受付印			大阪府受付印						
申請者氏名				印 ※9		年 月 日		大阪府知事 様						
申請書を提出した者	氏名			印		本人との関係		住所		電話				
						<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 ()		()		()				

- ※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 市町村住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。

----- 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				
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										

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請について

1. 添付書類一覧

申請・届出項目	申請書	同意書兼世帯状況申出書※1	市町村民税課税証明書	健康保険証の写し※2	自立支援医療診断書	手帳用診断書	受給者証	記載事項変更届	再交付申請書
新規※3.※4	○	○	△	○	○				
継続・再認定※5	○	○	△	○	○※6		△		
保険・保険上の世帯員・自己負担限度額の変更※7	○	○	△	○	△※8		○		
医療機関変更・追加※9	○						○		
住所・氏名等の変更							○	○	
再交付									○
転入(他府県等からの転入)※10	○	○	△	○			△(写し)		
手帳との同時申請※11	○	○	△	○		○写し※12	△		

※1 同意書兼世帯状況申出書の「市町村民税における18歳までの扶養親族」欄は、課税世帯で18歳未満の扶養親族がいる場合に記載が必要となります。

※2 生活保護受給者の方は不要です。

ただし、居住地の市町村以外で保護を受けられている方は、生活保護受給証明書が必要となる場合があります。

※3 自立支援医療の新規申請の場合は市町村受付日が有効期間の始期となります。

※4 手帳をお持ちの方(手帳用の診断書に基づき交付されたものに限る。)は、自立支援医療診断書の代わりに手帳の写しを添付することができます。

ただし、高額治療継続者に該当する申請は、疾患により別途意見書が必要になる場合があります。

※5 継続申請は、有効期限の3ヶ月前から手続できます。ただし、有効期限を過ぎて申請された場合(再認定)は、市町村受付日が有効期間の始期となり、受給者番号が変更される場合があります。

※6 平成22年4月以降の支給認定分より、病状や治療方針に変更がない場合は「2年に1度」の提出になります。

※7 自己負担限度額の変更の場合は、市町村受付日の属する月の翌月1日からの適用となります。

※8 「高額治療継続者(重度かつ継続)」の判定区分により自己負担限度額を変更しようとする場合は、自立支援医療診断書が必要です。

※9 医療機関の変更は変更日から、追加は市町村受付日からの適用となります。

※10 他の都道府県(政令市含む)から転入される場合は、改めて所得区分を審査しますので、市町村民税課税証明書が必要となる場合があります。

※11 年金証書で手帳と同時に申請される場合は自立支援医療診断書が必要となります。

※12 手帳用診断書で申請される場合は、自立支援医療記載欄(診断書右下の欄)の記載が必要です。なお、診断書原本は手帳用申請書に添付してください。

※ 自立支援医療の申請を受付けた時点で手帳の有効期間が1年未満である方で有効期間を手帳の有効期間に合わせて短くすることにご了解いただける場合は、手帳の写しに記名押印又は署名により、手帳の有効期間に自立支援医療の有効期間を合わせることができます。

2. 所得区分

○受診者の「世帯」の収入(所得区分)により一ヶ月あたりの自己負担限度額が定められます。

○本制度の「世帯」とは、住民票上の世帯に関わりなく、同じ健康保険に加入している家族をいいます。

○「世帯」の所得区分は、健康保険など国民健康保険以外の医療保険であれば、被保険者の所得により認定されます。

国民健康保険であれば、「世帯」内の被保険者全員の所得により認定されます。

市町村民税非課税			市町村民税課税		
「生保」	収入 ≤ 80万円/年	収入 > 80万円/年	市町村民税 < 3万3千円/年 (中間1)	3万3千円/年 ≤ 市町村民税 < 23万5千円/年 (中間2)	23万5千円/年 ≤ 市町村民税 (一定以上)
負担額 0円/月 (生保)	負担上限額 2,500円/月 (低1)	負担上限額 5,000円/月 (低2)	負担上限額 医療保険の自己負担限度額		
			公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)		
			高額治療継続該当者(重度かつ継続)該当 ※注		
			負担上限額 5,000円/月	負担上限額 10,000円/月	負担上限額 20,000円/月

※注 自己負担上限額が20,000円の方については、経過的特例措置終了後は対象外となります。

3. 公的年金の記載について

○「市町村民税非課税世帯」で生活保護を受給していない方は、本人の収入(受診者が18歳未満の場合は保護者の収入)により自己負担上限額が定められます。収入には、合計所得金額のほか下記の公的年金が対象となりますので、受給されている方は申請書に年額を記載してください。

障害基礎年金、遺族基礎年金、寡婦年金、障害年金、障害厚生年金、障害手当金、遺族厚生年金、障害共済年金、障害共済一時金、遺族共済年金、特別障害給付金、労災による障害補償給付・障害給付等、特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当等

4. 申請窓口

○申請書の提出は、お住まいの市町村精神保健福祉担当課(東大阪市は保健センター)となります。

5. 番号法にかかる本人確認等について

○番号法による個人番号及び本人確認等のため、別途書類が必要になる場合があります。