

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																										
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	有 ・ 無																								
		公的年金の種類	年間収入額 円/年																								
変更年月日	年 月 日																										
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										年 月 日				大阪府知事様													
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							
電話番号（ ）																											

- ※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。

----- 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																