

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						
	保護者住所※2	〒 大阪府		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		
負担額に関する事項	保険等の種類	健康保険（社会保険等）・国民健康保険・後期高齢者医療・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		記号及び番号※3		
		変更年月日	年月日	公的年金等受給の有無※4	公的年金の種類	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。）	区分※7	医療機関名	所在地・電話番号	医療機関コード			
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。							
変更年月日※8	年月日	市町村受付印	大阪府受付印				
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。							
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	□本人 □家族 □医療機関職員（ ） □その他（ ）	住所	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。

-----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	□個人番号 □市民税課税証明書又は台帳 □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（ ）	□市民税非課税証明書又は台帳 □その他収入等を証明する書類（ ）	□標準負担額減額認定証
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		