

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	〒 ー 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	〒 ー										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																
												保険者名 ※3																
												公的年金等受給 の有無※4		公的年金 の種類														
												有 ・ 無		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。） □あり・□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。 申請者氏名 年 月 日 大 阪 府 知 事 様												市町村受付印				大阪府受付印												
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（ ）							

- ※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	<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																			