

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

京 都 府 知 事 様

年 月 日

私は、次のとおり自立支援医療費の支給 **新規** **再認定** **変更** (保険・医療機関・薬局・訪看・所得区分)を申請します。
(いずれかに○をしてください。)

フリガナ												大正昭和平成令和		年 月 日 生まれ(歳)				
受診者氏名(申請者)												コード(市町村記入欄)						
受診者住所												電話		- -				
個人番号																		
フリガナ												コード(市町村記入欄)						
保護者氏名(申請者)		(続柄)										保護者住所		(受診者と同じであれば記入不要) 電話 - -				
(受診者が18歳未満の場合に記入)												個人番号						
負担額に関する事項	受診者の保険証の記号及び番号	記号			番号			保険者名	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(組合) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 健康保険組合 (支部名:) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 (右記の該当項目いずれかを選択) <input type="checkbox"/> 共済組合(支部名:)									
	資格取得年月日	年 月 日		(変更申請の場合のみ記入)														
	受診者と同一保険の加入者の氏名及び個人番号 必ず記入してください	氏 名						個 人 番 号										
年 収 (市町村民税非課税の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 障害年金 (級) <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他の年金・手当等 ()						年間収入額											
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	該 当 ・ 非 該 当										
精神障害者保健福祉手帳番号																		
受診を希望する指定自立支援医療機関等 (変更申請時は変更後の内容をすべて記入してください)	名 称														所 在 地			
	医 療 機 関																	
	追加の医療機関 (該当の追加理由に✓をしてください。) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他()																	
	(複数ある場合はそれぞれに追加交付理由がわかるように記入してください。)																	
	薬局																	
訪問看護事業者																		
受給者番号		(再認定・変更申請の場合記入)				治療方針の変更※		有 ・ 無										
申請書を提出した者(本人の場合記入不要)		氏 名				申請者との関係		住 所		電 話 - -								

※前回の申請時に診断書を添付して申請された方のみ記載ください。
前回の申請時から治療方針に変更のある場合は、前回の申請時に診断書を提出されていても、再度、診断書の提出が必要となります。
----- ここから下には、記入しないでください。 -----

(市町村記入欄)				(府記入欄)			
申請受付年月日		進達年月日		備 考		今回の有効期限	
前回所得区分		生保(A)・低1(B1)・低2(B2・B3)・中間1(C1)・中間2(C2・C3)・一定以上					
今回所得区分		生保(A)・低1(B1)・低2(B2・B3)・中間1(C1)・中間2(C2・C3)・一定以上 (福祉事務所名:)				今回の受給者番号	
所得確認		個人番号 同意書による確認 課税証明書 非課税証明書 標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯証明書 その他()					
前回の受給者番号		前回の有効期限				備 考	
診断書の状況※		医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・既交付手帳用診断書で新規					

※診断書を添付された場合は、「医療用(1年目)」または、「手帳用(1年目)」となります。