

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			
	保護者氏名			受診者との関係			
	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
						保険者名	
		変更年月日		年 月 日	有・無	公的年金等受給の有無※4	公的年金の種類
	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。) <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。						
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		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は有効期間の始期は、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				