

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・更新・再申請・変更)※1																		
受診者	フリガナ	カトウ ハナコ			性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	年齢	25 歳	生年月日									
	受診者氏名	加東 花子							明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成・令和	〇〇年	△△月	××日						
	受診者住所	〒673-1431 加東市社50番地			電話番号	0795-〇〇-〇〇〇〇												
本簿の 受診者 18歳	フリガナ				受診者との		続柄											
	保護者氏名				個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
	保護者住所※2	〒			保護者													
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	123456 789			保険者名		〇〇〇〇健康保険組合											
	受診者と同一保険の加入者	フリガナ	カトウ タロウ															
		氏名	加東 太郎															
		個人番号	111122223333															
該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・ <input checked="" type="radio"/> 中間2・一定以上				高額治療継続者※4		<input checked="" type="radio"/> 該当・非該当											
精神障害者保健福祉手帳番号	012345			有効期限		〇〇年 〇〇月 〇〇日												
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)	医療機関名			所在地														
	病院・診療所	〇〇病院			〒〇〇〇-〇〇〇〇		〇〇市 〇〇〇〇 番地											
	病院・診療所																	
	薬局	△△薬局			〒△△△-△△△△		△△市 △△△△ 番地											
訪問看護事業者	××訪問看護ステーション			〒×××-××××		××市 ×××× 番地												
受給者番号※5	1 2 3 4 5 6 7			有効期限		〇〇年 〇〇月 〇〇日												
病状の変化及び治療方針の変更※6	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付※6,※7			有(医療用・手帳用)・ <input checked="" type="radio"/> 無												
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																		
兵庫 県知事 様																		
〇〇年 〇〇月 〇〇日					申請者氏名 加東 花子 <input checked="" type="radio"/> 印 ※8													

※1 新規・更新・再申請・変更のいずれかに○をする。変更の場合、県外からの転入又は所得区分、医療機関の変更について、この様式を使用。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入。 ※3、4 裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。  
 ※5 更新、再申請、変更の場合に記入。 ※6 更新の方のみ記入。  
 ※7 前年(前回)の申請に係る診断書(写)の添付状況に○をする。  
 ※8 記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。申請者氏名は、受診者が18才未満の場合、申請者は保護者を記入。

----- ここから下の欄は記入しないでください -----

自治体記入欄									
申請受付年月日				経由機関受理年月日				精神保健福祉センター	受付年月日
受付機関名				経由機関名				年月日	
前回所得区分	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		
今回所得区分	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		
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書		市町村民税非課税証明書		標準負担額減額認定証		生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類( )		
受給者番号				認定年月日					
次回診断書の要否	要・ <input checked="" type="radio"/> 不要		※手帳所持者の次回診断書要否については、よくご確認ください。						
備考									

依 頼 書

**加東** 市町長 様

私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等の調査を依頼します。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者氏名 **加東 花子**



※申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

〈 所得の区分に関するチェックシート 〉

※自立支援医療制度における「世帯」とは受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 1 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
  - 受けている：「生保」に〇をしてください。
  - 受けていない：2へ
- 2 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
  - 課税されていない：3へ（市町村民税非課税証明書をご用意ください。）
  - 課税されている：4へ（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）
- 3 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。（自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。）
 

（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）

  - 80万円以下：「低1」に〇をしてください。
  - 80万円を超える：「低2」に〇をしてください。
- 4 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
  - 市町村民税額（所得割）3万3千円未満：「中間1」に〇をしてください。
  - 市町村民税額（所得割）3万3千円以上23万5千円未満：「中間2」に〇をしてください。
  - 市町村民税額（所得割）23万5千円以上：「一定以上」に〇をしてください。
- 5 「高額治療継続者」（※下記参照）に該当しますか。
  - 該当する：「高額治療継続者」の「該当」に〇をしてください。
  - 該当しない：「高額治療継続者」の「非該当」に〇をしてください。

※ 「高額治療継続者」の対象範囲

- ① 精神通院医療・・・症状性を含む器質性精神障害（FO）、精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）、気分障害（F3）、てんかん（G40）  
 その他 3年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された方

※ 詳しくは、現在通院中の医療機関の主治医にお尋ね下さい。

- ② 医療保険の高額療養費で多数該当の方

← 一定所得以下 →			← 中間的な所得 →		← 一定所得以上 →
← 「生保」 →	← 「低1」 →	← 「低2」 →	← 「中間1」 →	← 「中間2」 →	← 「一定以上」 →
0円	負担上限額 2,500円	負担上限額 5,000円	負担上限額 医療保険の自己負担限度額		自立支援医療の対象外 (医療保険の負担割合 ・負担限度額)
			「高額治療継続者」		★
			負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

★ 高額治療継続者かつ市町村民税の所得割額が23万5千円以上の世帯に属する者（一定以上の該当）の負担上限額を2万円とした支給認定期間は、令和3年3月31日までです。