

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・転入・再認定・所得区分指定医療機関 変更)※1

障害者・児	フリガナ	サイマ	仔叩	性別	男	生年月日	明治・大正・昭和(平成)	年齢						
	受診者氏名	(姓) さいたま	(名) 一郎	性	女	13年4月1日		14歳						
	受診者住所	さいたま市 浦和区 常盤6-4-4												
	個人番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2	電話番号	048 - 829 - 1309										
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名	さいたま 花男			受診者との関係	父・母・その他 ()								
	保護者住所	同じく、保護者の個人番号を記入する。												
	保護者個人番号	2 1 0 9 - 8 7 6 5 - 4 3 2 1	電話番号	受診者の保険証の記号・番号、保険者名称を記入。(保険証で確認してください)										
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	記号	12	番号	345678					保険者名称	さいたま市国民健康保険			
	受診者と同一保険の加入者	さいたま 花男										世帯の特例適用		
	受診者と同一保険の加入者個人番号	2 1 0 9 - 8 7 6 5 - 4 3 2 1	受診者と同一保険の加入者の氏名、個人番号を記入。なお、同一保険の加入者とは、受診者の加入保険が・社会保険⇒被保険者のみ・国民健康保険、後期高齢⇒同一保険に加入しているすべての方※3名以上いる場合は、申請書複数にまたがって記入。(2枚目以降は受診者氏名、負担額に関する事項の欄のみ記入する)										する・しない	
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上										高額治療※2		
精神手帳番号	障害者保健福祉手帳番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	チェックシートを参考に○をつける。			
	医療機関名	医療機関名 (〒所在地 電話番号 / 指定医療機関変更年月日)												
	通院・薬局・訪問看護・デイケア・検査	○ さいたま市浦和区常盤〇-〇-〇												
	〇〇病院	医療機関の情報を記入。名称、住所、電話番号を記入し、用途に○をつける。例: 通院先で院内処方の場合は、通院先と同じ医療機関のため、「通院先」及び「薬局」に○をつける。また、同病院で訪問看護も利用する場合、「訪問看護」にも○をつける。通院先と異なる医療機関でデイケアを利用する場合、医療機関情報を記入し、「デイケア」に○をつける。												
	△△クリニック	市大宮区大門町△-△-△												
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者含む)	意見書の提出がない再認定申請の時のみ○をつける。	(変更) 年 月 日										意見書の提出がない再認定申請の時のみ○をつける。前年度の申請に係る診断書の添付状況についての有無のため、原則有に○をつける。		
	治療方針の変更※3	有・無		診断書の添付※3・※4	有・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。										さいたま市収受印				
平成28年 1月 7日						申請者氏名(自筆による署名又は記名押印)				さいたま 花男 (印)				
(宛先) さいたま市長						受診者(18歳未満の場合は保護者)の自筆による署名又は記名押印								
日中の連絡先及び連絡が取りやすい時間帯等			電話番号と同じ 平日16:00~				受給者証の希望送付先		受診者住所と同じ					

(注) 1 ※1は、新規・転入・再認定・変更(自己負担上限額又は指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。変更の場合、障害者・児欄及び変更のある事項のみ記入する。
 2 ※2は、負担額に関するチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 3 ※3は、継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう。)の方のみ記入。
 4 ※4は、前年度(1年目)の申請に係る診断書(写)の添付状況に○をする。
 5 申請時には意見書(自立支援医療精神通院用)・被保険者証の写し・所得状況の分かる書類を添えてください。
 6 自立支援医療費(精神通院)と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時にはそれぞれの申請書が必要です。
 7 お住まいの区の区役所(支援課)に申請してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

区役所記入欄

申請受付年月日	年 月 日	整理番号					
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	該当・非該当・判定へ・申請せず				
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	該当・非該当・判定へ・申請せず				
既存の受給者証	番号		有効期限	平成	年	月	日
既存の手帳	番号		有効期限	平成	年	月	日
添付書類	□医師の診断書(意見書) □被保険者証の写し □受給者証の写し □手帳の写し						
所得確認書類	・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()						
備考	意・診・転・手帳で新規(年目)						