

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

京 都 府 知 事 あ て

平成 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(負担上限額が変更される場合))を申請します。

(いずれかに○をしてください。)

フリガナ 受診者氏名 (申請者)	④ (記名押印または自筆による署名)		性別 男・女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 生まれ (歳)
受診者住所	コード(市町村記入欄)				電話 - -
個人番号					
フリガナ 保護者氏名 (申請者)	④ (続柄)		保護者住所	コード(市町村記入欄)	
(受診者が18歳未満の場合に記入ください。記名押印または自筆による署名)			(申請者と同じであれば記入不要です。)	電話 - -	
負担額に関する事項	受診者の保険証の記号及び番号	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)		保険者名	(この申請書に保険証のコピーを添付する場合は記入不要です。)
	受診者と同一保険の加入者の氏名及び個人番号	氏 名		個 人 番 号	
	[必ず記入してください]				
	年 収 (市町村民税非課税の方のみ記入してください。)	<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 ()		支給年額 円	その他の収入年額 円 (わからない場合は、記入不要です。)
	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 (所得の区分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○をしてください。(わからない場合は、記入不要です。))
精神障害者保健福祉手帳番号	(この申請書に添付する場合は記入不要です。)				
受診を希望する指定自立支援医療機関等	名 称			所 在 地	
	医療機関				
	追加の医療機関(該当する追加交付理由に○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載ください。) 薬局(院外処方せんで利用する場合のみ) 訪問看護ステーション				
受給者番号	(再認定または、変更の方のみ記入してください。)	治療方針の変更※	有 ・ 無 (該当する区分に○をしてください。変更のない場合は無記入でもかまいません。)		
申請書を提出した者	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)

申請受付年月日	進達年月日	認定年月日 (府記入欄)	
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	重度かつ継続	該当・非該当
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)	重度かつ継続	該当・非該当
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添付 その他()		
前回の受給者番号	前回の有効期限	今回の受給者番号 (府記入欄)	
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	備 考	

※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。