

< 記入例 >

① 京都府提出用

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)	ウジ タロウ 宇治 太郎		性別	明治 大正 昭和 平成	○年 ○月 ○日 生まれ (○歳)	
受診者住所	宇治市○○○町○○1丁目○-○		コード(市町村記入欄)			
個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○					
フリガナ 保護者氏名 (申請者)	(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]	宇治 花子	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			
		年 収	<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 (2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	その他の収入年額	
所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	780.000 円	円 (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	医療機関	名 称			所在地	
	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。)	○○○病院				
	診療所	○○○診療所				
	薬局 (院外処方せんで利用する場合のみ)	○○薬局○○店				
訪問看護ステーション	○○○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	宇治 太郎	申請者との関係	本人	住所 電話 同上	

※ 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。

(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。