

自立支援医療費支給認定申請書（精神通院）（新規・再認定・変更）

|  |                              |  |   |  |               |   |  |  |  |
|--|------------------------------|--|---|--|---------------|---|--|--|--|
| 障害者・児  | フリガナ<br>受診者氏名                |  | 年齢  | 歳  | 生年月日<br>年 月 日 |   |  |  |  |
|  | 受診者住所                        |  |   |  | 電話番号          |   |  |  |  |
|  | 個人番号                         |  |   |  |               |   |  |  |  |
| 受診者が18歳未満の場合   | フリガナ<br>保護者氏名                |  |   |  | 受診者との関係       |   |  |  |  |
|  | 保護者住所                        |  |   |  | 電話番号          |   |  |  |  |
|  | 保護者個人番号                      |  |   |  |               |   |  |  |  |
| 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             |  |   |  | 保険者名          |   |  |  |  |
|  | 保険の区分                        | 1 健保（本人・家族） 2 国保（一般・退職本人・退職家族） 3 船保（本人・家族） 4 各種共済（本人・家族）<br>5 老保 6 生保（受給中・申請中：（ ）福祉事務所 7 労災 8 その他（ ） |   |  |               |   |  |  |  |
|  | 受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号          |  |   |  |               |   |  |  |  |
|  | 該当する所得区分<br>※チェックシートを参照ください。 | 所得区分   | 下記の1～6のいずれか、当てはまるものに○をつけてください。                                      |  |               |   |  |  |  |
|  |                              | 生活保護世帯：生保  | 1   | 受診者が生活保護受給世帯   |               |   |  |  |  |
|  |                              | 市町村民税非課税世帯：低1  | 2   | 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、受診者の収入（障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む。）が80万円以下。（受診者が18歳未満の場合は保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下） |               |   |  |  |  |
| 市町村民税非課税世帯：低2  |                              | 3  | 受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外のもの  |  |               |   |  |  |  |
| 市町村民税課税世帯：中間1  |                              | 4  | 受診者が市町村民税課税世帯に属し、加入している医療保険の保険料の算定対象となる方が納めている市町村民税（所得割）の合計が3万3千円未満 |  |               |   |  |  |  |
| 市町村民税課税世帯：中間2  | 5                            | 受診者が市町村民税課税世帯に属し、加入している医療保険の保険料の算定対象となる方が納めている市町村民税（所得割）の合計が3万3千円以上2万3千5百円未満                         |   |  |               |   |  |  |  |
| 市町村民税課税世帯：一定以上   | 6                            | 受診者が市町村民税課税世帯に属し、加入している医療保険の保険料の算定対象となる方が納めている市町村民税（所得割）の合計が2万3千5百円以上                                |   |  |               |   |  |  |  |
| 重度かつ継続（所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合）※チェックシートを参照ください。                              |                              |  |   |  | 該当 ・ 非該当      |   |  |  |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号  |                              |  |   |  |               |   |  |  |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業所・精神科デイケアを含む）                                   | 医療機関名                        |  |   |  | 所在地・電話番号      |   |  |  |  |
|  |                              |  |   |  |               |   |  |  |  |
|  |                              |  |   |  |               |   |  |  |  |
| 既存の受給者番号   |                              |  |   | 既存の受給者証の有効期限   | 年 月 日         |   |  |  |  |
| 医療の具体的方針の変更  | 有 ・ 無                        |  |   | 前回の支給認定の申請書への診断書の添付  | 有 ・ 無         |   |  |  |  |
| 自立支援医療費の支給認定を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条第1項の規定により、上記のとおり申請します。 |                              |  |   |  |               |   |  |  |  |
| 山形県知事 殿  |                              | 年 月 日  |   | 申請者氏名  |               | 印 |  |  |  |

（注意）

- 1 世帯区分及び所得区分を確認する書類を添付してください。
- 2 重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。
- 3 判定の結果、該当する所得区分や重度かつ継続（高額治療継続者）の該当・非該当が変更される場合があります。
- 4 前回の支給認定の申請書に診断書を添付した方が、その有効期間満了後に引き続き支給認定の申請を行う場合で、あって、前回の支給認定の申請時から医療の具体的方針の変更がない場合は、診断書の添付を省略することができます。

※市町村受理印

自治体記入欄

|                  |   |             |   |                          |            |
|------------------|---|-------------|---|--------------------------|------------|
| 申請受理             |   | 進達收受        |   | 認定年月日                    |            |
| 本人確認             |   |             |   |                          |            |
| 前回所得区分           | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上   |             |   | 世帯確認書類                   | 被保険者証等 住民票 |
| 今回所得区分           | 生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上   |             |   |                          | 不要 その他（ ）  |
| 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等<br>年金証書の写し等 その他（ ） 同意書（課税額等 円） |             |   |                          |            |
| 前回重度かつ継続         | 該当 ・ 非該当  | 主たる精神障害（今回） |   | F0 F1 F2 F3 G40 その他 / 多数 |            |
| 今回重度かつ継続         | 該当 ・ 非該当  |             |   |                          |            |
| 今回の支給認定に係る診断書の添付 | 有（医療用 ・ 手帳同時用） ・ 無（医療用2年目 ・ 手帳同時用2年目）   |             |   |                          |            |
| 整理番号             | 適   |             | 否 |                          | 【備考】       |

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----