

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書 新規・転入 所得区分 変更 ※1

申請の内容に○をつける。

障害者・児	フリガナ	サイタマ	イチロウ	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年齢
	受診者氏名	(姓) さいたま	(名) 一郎		19 年 4 月 1 日	17 歳
	受診者住所	さいたま市 浦和 区 常盤6-4-4				
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	<input checked="" type="radio"/> 父 <input type="radio"/> 母 <input type="radio"/> その他 ()	
	保護者住所	(受診者と異なる場合に記入)				
	保護者個人番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 1 0 2	電			
負担額に関する事項	受診者の被保険者記号及び番号	123 45678		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		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		
	受診者と同一保険の加入者個人番号					
精神障害者保健福祉手帳	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間・中間2・一定以上		受給者番号		
	医療機関名	〇〇病院		電話番号	048-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	受診する医療機関の情報	△△訪問看護ステーション		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」と「薬局」の両方に○をつける。		
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護を含む)	意見書の提出が不要な再認定申請の場合のみ○をつける。	<input type="checkbox"/> 前回の申請時から変更なし		意見書の提出が不要な再認定申請の場合のみ○をつける。		
	意見書の提出が不要な再認定申請の場合のみ○をつける。	<input type="checkbox"/> 前回の申請時から変更なし		意見書の提出が不要な再認定申請の場合のみ○をつける。		
	意見書の提出が不要な再認定申請の場合のみ○をつける。	<input type="checkbox"/> 前回の申請時から変更なし		意見書の提出が不要な再認定申請の場合のみ○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。なお、申請にあたり以下について同意します。

- ・申請内容に不備・不足があった際は、区役所記入欄の「今回所得区分」に変更が生じる場合があること
- ・支給認定にあたり、必要ときは、受診者及び受診者の世帯員の市町村民税の課税状況、保険の加入状況、年金・手当等の公的扶助等の受給状況について、関係する担当課又はその他官公署等に照会すること。

さいたま市 収受印

令和6年 12月 2日 申請者住所(申請者が受診者以外の場合)

(宛先) さいたま市長

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

日中の連絡先及び連絡が取りやすい時間等	受給者証の希望送付先	受診者(18歳未満の場合は保護者)の氏名を記入。
---------------------	------------	--------------------------

(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)の申請書に記入する。変更の目的、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)・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・確認中	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・確認中	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	年 月 日
既存の手帳	番号	有効期限	年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書(意見書) <input type="checkbox"/> 受給者証の写し <input type="checkbox"/> 手帳の写し <input type="checkbox"/> その他 ()		
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・収入申告書・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)		