様式第21号（第18条、第20条関係）　　（さいたま市）

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 有効期間 □有期切］※1

障害者・児	ﾌﾘｶﾞﾅ			生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日	年齢　歳
	受診者氏名	（姓）	（名）			
	受診者住所	さいたま市　区				
	個人番号	□□□□－□□□□－□□□□		電話番号	―　―	
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名	□ 前回の申請時から変更なし		受診者との関係	父・母・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	□□□□－□□□□－□□□□		電話番号	―　―	
負担額に関する事項	受診者の被保険者記号及び番号		保険者名称		□ 保険者情報について前回の申請時から変更なし	
	受診者と同一保険の加入者	(1)	(2)			世帯の特例適用
	受診者と同一保険の加入者個人番号	□□□□－□□□□－□□□□	□□□□－□□□□－□□□□			（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	高額治療継続※2	該当・非該当・申請しない		
精神障害者保健福祉手帳番号	□□□□□□□		受給者番号	□□□□□□□		

受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者含む）	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〉 ※該当に○を付ける（複数可） □ 前回の申請時から変更なし	（変更　年　月　日）
	〈通院・薬局・訪問看護・デイケア・検査〉 ※該当に○を付ける（複数可） □ 前回の申請時から変更なし	（変更　年　月　日）
	〈通院・薬局・訪問看護・デイケア・検査〉 ※該当に○を付ける（複数可） □ 前回の申請時から変更なし	（変更　年　月　日）

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、必要なときは、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

年　月　日

（宛先）　さいたま市長

申請者住所（申請者が受診者以外の場合）

申請者氏名（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等		受給者証の希望送付先	

（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）・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　月末日		
既存の手帳	番号 □□□□□□□□	有効期限	年　月末日		
添付書類	□医師の診断書（意見書）　□受給者証の写し　□手帳の写し　□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）				