様式第５号（精神通院医療用）（第６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書  申請種別【　新規　・　再認定　・　変更（　所得区分　・　医療機関　）　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 年齢 | | | | 歳 | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 受診者住所 | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  |  |  |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
| 個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 受診者が歳未満の場合 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 保護者住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　受診者住所と同じ | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 保護者個人番号 |  | |  |  |  |  | |  | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |
| 負担額に関する事項（医療機関変更申請のみの場合は、記載は不要）。 | 受診者の被保険者証の記号および番号 |  | | | | | | 保険者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者と同一保険の加入者 | 氏　　名 | | | | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
|  | | | | | | | |  | |  | |  | | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関 |  | | 医療機関等名 | | | | | | | | | | | | 所在地・電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる医療機関  医療機関の登録は１か所だけです。 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 追加の医療機関  次のいずれかのボックスにチェックを入れてください｡ | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □デイケア　□検査　□その他 ※その他にチェックの場合は具体的な治療内容を記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬局 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１　受給者番号 | | 有効期限  終期　 年　 月末 | | | | | | | | ※２　精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | | | 有効期限  終期　 年　 月末 | | | | | | | | | | | | | |
| ※３　治療方針の変更の有無 | | 有　　・　　無 | | | | | | | | ※４　診断書添付の有無 | | | | | | | | | 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、必要な場合は、市町長が当該支給決定に必要な市町民税課税等の情報を確認し、滋賀県知事に報告することに同意します。  　　　令和　　年　　月　　日  申請者氏名　　　　　　　　　　　印  　（宛先）  　　滋賀県知事印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１　標題の申請名のうち、新規・再認定・変更（自己負担額および指定医療機関の　　４　※３欄は、再認定の場合に記入してください。

変更認定の申請の場合）のいずれかの該当する事項に○をしてください。　　　　５　※４欄は、申請時に診断書の添付の有無を記入してください。

　２　※１欄は、再認定または変更の場合に記入してください。　　　　　　　　　　　６　申請の種別によって、所定の診断書、健康保険証のコピー等の添付書類が必

　３　※２欄は、精神障害者保健福祉手帳を持っている場合に記入してください。　　　　　要となります。　　　　　

ここから下の欄には記入しないでください。

　　自治体記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市　町　記　入　欄 | 市町名： | | | | 県　記　入　欄 | | |
| 申請受付年月日 | 令和　年　月　日 | 進達年月日 |  | 認定年月日 | |  |
| 前回所得区分 | 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 | |
| 今回所得区分 | 生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上 | | | 自己負担  上限額 | 円 | |
| 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・その他収入等を証明する書類（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 備　　　　考 | ※　医療機関が代行で市町に申請書を送付した場合　　　　　要チェック　□  ※　手帳有効期限と終期を合わせるための期間短縮の場合　　要チェック　□  ※　手帳用診断書添付により、手帳と同時申請の場合　　　　要チェック　□ | | | | | |