

＜申請書記入上の注意事項＞

受給者が自立支援医療(精神通院医療)申請書を記入される上で、以下の点についてご注意ください。

● 選定できる指定自立支援医療機関について

自立支援医療制度では指定自立支援医療機関において従事する医師が作成した診断書を基に、自立支援医療の要否を判断しています。そのため、本制度による助成の対象は、診断書の治療方針に基づいて継続治療を行う指定自立支援医療機関のみとなっています。

選定できる指定医療機関(病院または診療所、薬局、訪問看護事業所)は各1機関です。

2か所目の病院・診療所の選定をされる場合は、その理由が記載されているか確認してください。複数の病院・診療所の選定は医師の指示がある場合のみ可能です。

● 新規・更新申請の場合

- 新規・更新申請の際は、利用される医療機関、薬局、訪問看護事業所が全て記入されているか確認してください。

受診を希望する指定自立支援機関	医療機関等名	所在地・電話番号
医療機関 医療機関の登録は1か所だけです。	A 診療所	〇〇市〇〇町1丁目2番地 〇〇〇-△△△-□□□
追加の医療機関 次のいずれかにし印の記入をお願いします。	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 (2か所目の病院・診療所を追加する場合は、その理由を選んでください。 追加理由でその他を選んだ場合は、その他にし印をつけ、その後の()欄に理由を記載してください。
薬局	B 薬局	
訪問看護事業者	C 訪問看護ステーション	〇〇市〇〇町3丁目4番地 〇〇〇-△△△-□□□

● 医療機関変更の場合

○ 医療機関変更の際は、利用される医療機関、薬局、訪問看護事業者は全て記入してください。

※ 申請書に記入していただいた医療機関のみ登録されます。記入されていない医療機関は削除されます。

例1 A診療所からD病院へ転院される場合（薬局や訪問看護事業所についても同じ変更方法です。）

受診を希望する指定自立支援機関	医療機関等名	所在地・電話番号
医療機関 医療機関の登録は1か所だけです。	D 病院	〇〇市〇〇町2番地 △△△-〇〇〇-×××
追加の医療機関 次のいずれかにし印の記入をお願いします。	<input type="checkbox"/> テイクア <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
薬局	B 薬局	
訪問看護事業者	C 訪問看護ステーション	〇〇市〇〇町3丁目4番地 〇〇〇-△△△-〇〇〇

A診療所からD病院へ変更される場合、受診を希望する指定自立支援機関欄にD病院を記載されると、A診療所は削除されます。また選定されているその他の機関についても、記入してください。※記載されていない機関については、削除されます。

例2 病院・診療所を追加される場合（複数の病院・診療所の選定は医師の指示がある場合のみ可能です。）

受診を希望する指定自立支援機関	医療機関等名	所在地・電話番号
医療機関 医療機関の登録は1か所だけです。	A 診療所	〇〇市〇〇町1丁目2番地 〇〇〇-△△△-〇〇〇
追加の医療機関 次のいずれかにし印の記入をお願いします。	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> テイクア <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	E 病院	△△市〇〇〇3番地 △△△-×××-〇〇〇
薬局	B 薬局	
訪問看護事業者	C 訪問看護ステーション	

2か所目の病院・診療所を追加する場合は、その理由を選んでください。追加理由でその他を選んだ場合は、その他にし点をつけ、その後の（ ）欄に理由を記載してください。複数の病院・診療所の登録は医師の指示がある場合のみ可能です。

※ その他ご不明な点がございましたら、精神保健福祉センター(077-567-5028)までお問い合わせください。

**自立支援医療(精神通院医療)および精神障害者保健福祉手帳
に関する申請書類についての押印廃止一覧表(令和3年3月30日改正)**

分類	様式名称	改正内容
自立支援医療(精神通院医療)	支給認定申請書 自立支援医療費(精神通院医療)	申請者氏名の押印廃止。
	自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)	届出者氏名の押印廃止。注釈4の削除。
	自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)	届出者氏名の押印廃止。注釈2の削除。
	診断書(自立支援医療(精神通院医療)用)	医師氏名の自署または記名押印の廃止。注釈2の削除。
	都道府県を超える転入による診断書交付同意書	申請者氏名の押印廃止。
	自立支援医療受給者証返還届	届出者氏名の押印廃止。注釈の削除。
精神障害者保健福祉手帳	障害年金の証書添付による申請の際の年金支払者への照会同意書	氏名の押印廃止。
	都道府県を超える転入による精神障害者保健福祉手帳同意書	申請者氏名の押印廃止。
	精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再発行申請書	申請者氏名の押印廃止。注釈2の削除
	精神障害者保健福祉手帳返還届	届出者氏名の押印廃止。

精神障害者保健福祉手帳に関する改正概要一覧表(令和3年6月29日改正)

分類	様式名称	改正内容
精神障害者保健福祉手帳	精神障害者保健福祉手帳交付申請書	DV被害者保護の対象把握欄の新設 申請書を提出した者の氏名欄のフリガナの新設 申請書を提出した者の住所欄チェックボックスの追加 写真要件の変更 (条件付きで頭部を布などで覆うことを可とした。) 家族等の連絡先欄の追加 (氏名、住所等) 添付書類、医師の診断書に(手帳用)の文言の追加 申請者、家族等の連絡先欄および申請者を提出した者欄の郵便番号の記載を追加
	診断書(精神障害者保健福祉手帳用)	生年月日の文言の追加 項目③現在の症状、状態像等の覚せい剤の文言を覚醒剤に変更 現在の治療内容欄 1. 投薬内容に記載する薬剤名の説明を追記 現在の治療内容欄 2. 精神療法等の選択式に変更 注釈2の記載内容の変更 (手帳の申請に関する記述から診断書の記載日に関する記述へ変更)
	精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再発行申請書	氏名欄のフリガナ新設 申請者欄の郵便番号の記載を追加

自立支援医療(精神通院医療)に関する改正概要一覧表(令和4年6月1日改正)

分類	様式名称	改正内容
自立支援医療(精神通院医療)	支給認定申請書 自立支援医療費(精神通院医療)	DV被害者保護対象者把握欄の新設。別添様式の廃止。 性別欄の廃止 受診者および保護者欄の郵便番号の記載を追加 ※1の削除。保護者住所欄チェックボックスの追加 マイナンバー制度の情報連携に伴う負担額に関する事項欄、受診者と同一保険の加入者の増枠 負担額に関する事項欄 ※2該当する所得区分の年金、手当、その他収入の記載の削除。 ※3重度かつ継続の記載の削除。 上記に伴う注釈欄の修正 受診を希望する指定自立支援医療機関欄の変更(その他の記載についての説明を追記) 申請の署名と市町民課税の調査に関する同意欄の統一 欄外注意書きの削除(本人が未成年の場合の収入額の確認について)
	診断書(自立支援医療(精神通院医療)用)	性別欄の廃止 生年月日の文言の追加 項目③現在の症状、状態像等の覚せい剤の文言を覚醒剤に変更 項目④※てんかん発作の場合の記述の修正(発作と必ず記載という文言の削除。該当があればという文言の追加) 現在の治療内容欄 1. 投薬内容に記載する薬剤名の説明を追記 現在の治療内容欄 2. 精神療法等の選択式に変更
	自立支援医療受給者証(精神通院医療)	裏面の留意点の5.の記載を表面に移動し、文字を大きくする。 県担当部署の電話番号欄について、障害福祉課の削除
	自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)	受診者および保護者欄、変更内容欄に郵便番号の記載を追加 性別欄の廃止 宛先欄、滋賀県 保健所長の記載の削除
	自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)	受診者および保護者欄に郵便番号の記載を追加 性別欄の廃止 宛先欄、滋賀県 保健所長の記載の削除 届出者氏名を申請者氏名に変更