

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

新規・再認定・変更

(下の変更の内容を○で囲んで下さい。)

(提出用)

受給者番号 ※1		有効期限※1 令和 年 月 日		負担上限額・医療機関変更・医療機関追加 ※3				
受診者	フリガナ氏名	年齢	歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日				
	住所	〒□□□-□□□□						
受診者が18歳未満の場合	※2 個人番号					電話番号		
	フリガナ保護者氏名					受診者との関係		
	※4 保護者住所	〒□□□-□□□□						
負担額に関する事項	個人番号					※4 電話番号		
	受診者の被保険者証の記号及び番号	(記号)	(番号)	保険者名		※同一保険加入者の保険証の写しを添付		
	受診者と同一保険の加入者氏名(続柄・個人番号)							
	障害年金・遺族年金等支給の有無①	無・有	〔障害年金( )級・遺族年金 ※年金改定通知書等、支給金額のわかる書類の写しを添付〕 老齢年金・その他( )					
	特別児童扶養手当等支給の有無②	無・有	〔特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当・特別児童扶養手当〕					
該当する所得区分 ※5	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続 ※6	該当・非該当・申請なし		
世帯の所得の確認(希望する方に○)	証明書等を添付します。				職権での調査に同意します。			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む) ※7・8	医療機関名		所在地・電話番号					
	(病院、診療所等)							
	□院内処方 □院外処方 (院外処方の場合は薬局名)							
	(訪問看護事業者)							
(その他の医療機関)		医療の内容						
精神障害者保健福祉手帳の有無	無・有 (手帳番号)	治療方針の変更 ※9	有・無	診断書の提出	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。						市町受理印		
申請者氏名		令和 年 月 日		佐賀県知事 様				

市町記入欄

台帳番号	世帯人員	人	低所得1、2の場合、地方税法上の合計所得金額③	円
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		低所得1、2の場合、①、②、③の合計金額	円
手帳同時申請	年金証書・診断書	手帳判定済の診断書写し( 月 日 受付分)		
備考				

保健福祉事務所記入欄

重度かつ継続	該当・非該当・保留	認定所得区分	①・②・③・④・④'・④''・⑤'・対象外(⑤)		
月額負担上限額	円	支給条件	☑あり・☑なし・☑手あり・☑手なし・☑新		

センター記入欄

重度かつ継続	該当・非該当	認定所得区分	①・②・③・④・④'・④''・⑤'・対象外(⑤)		
月額負担上限額	円	認定年月日、確認印	令和 年 月 日	印	

※御提出いただいた個人情報は、自立支援医療(精神通院)支給認定に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

新規・再認定・変更

(下の変更の内容を)  
○で囲んで下さい。

(保健福祉事務所控)

受給者番号 ※1		有効期限※1 令和 年 月 日		負担上限額・医療機関変更・医療機関追加 ※3		
受診者	フリガナ氏名	年齢 歳		生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	住所	〒□□□-□□□□				
	※2 個人番号	電話番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ保護者氏名	受診者との関係				
	※4 保護者住所	〒□□□-□□□□				
	個人番号	※4 電話番号				
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	(記号)	(番号)	保険者名	※同一保険加入者の保険証の写しを添付	
	受診者と同一保険の加入者氏名(続柄・個人番号)					
	障害年金・遺族年金等支給の有無①	無・有	〔障害年金( )級・遺族年金 老齢年金・その他( )〕		※年金改定通知書等、支給金額のわかる書類の写しを添付	
	特別児童扶養手当等支給の有無②	無・有	〔特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当〕			
	該当する所得区分※5	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 ※6	該当・非該当・申請なし	
世帯の所得の確認(希望する方に○)	証明書等を添付します。		職権での調査に同意します。			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む) ※7・8	医療機関名		所在地・電話番号			
	(病院、診療所等)					
	□院内処方 □院外処方 (院外処方の場合は薬局名)					
	(訪問看護事業者)					
(その他の医療機関)		医療の内容				
精神障害者保健福祉手帳の有無	無・有 (手帳番号)	治療方針の変更 ※9	有・無	診断書の提出	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。					市町受理印	
申請者氏名		令和 年 月 日		佐賀県知事 様		

市町記入欄

台帳番号	世帯人員	人	低所得1、2の場合、地方税法上の合計所得金額③	円
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		低所得1、2の場合、①、②、③の合計金額	円
手帳同時申請	年金証書・診断書	手帳判定済の診断書写し( 月 日 受付分)		
備考				

保健福祉事務所記入欄

重度かつ継続	該当・非該当・保留	認定所得区分	①・②・③・④・④'・④''・⑤'・対象外(⑤)		
月額負担上限額	円	支給条件	☑あり・☑なし・☑手あり・☑手なし・☑手新		

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

新規・再認定・変更 (下の変更の内容を○で囲んで下さい。)

(市町控)

受給者番号 ※1		有効期限※1 令和 年 月 日		負担上限額・医療機関変更・医療機関追加 ※3		
受診者	フリガナ氏名	年齢	歳	生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
	住所	〒□□□-□□□□				
受診者が18歳未満の場合	※2 個人番号				電話番号	
	フリガナ保護者氏名				受診者との関係	
	※4 保護者住所	〒□□□-□□□□				
負担額に関する事項	個人番号				※4 電話番号	
	受診者の被保険者証の記号及び番号	(記号)	(番号)	保険者名	※同一保険加入者の保険証の写しを添付	
	受診者と同一保険の加入者氏名(続柄・個人番号)					
	障害年金・遺族年金等受給の有無①	無・有	〔障害年金( )級・遺族年金 ※年金改定通知書等、支給金額のわかる書類の写しを添付〕 老齢年金・その他( )			
	特別児童扶養手当等支給の有無②	無・有	〔特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当・特別児童扶養手当〕			
該当する所得区分 ※5	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※6	該当・非該当・申請なし	
世帯の所得の確認(希望する方に○)	証明書等を添付します。			職権での調査に同意します。		
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む) ※7・8	医療機関名		所在地・電話番号			
	(病院、診療所等)					
	□院内処方 □院外処方 (院外処方の場合は薬局名)					
	(訪問看護事業者)					
(その他の医療機関)		医療の内容				
精神障害者保健福祉手帳の有無	無・有 (手帳番号)	治療方針の変更 ※9	有・無	診断書の提出	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。					市町受理印	
申請者氏名		令和 年 月 日			佐賀県知事 様	

市町記入欄

台帳番号	世帯人員	人	低所得1、2の場合、地方税法上の合計所得金額③	円
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		低所得1、2の場合、①、②、③の合計金額	円
手帳同時申請	年金証書・診断書	手帳判定済の診断書写し( 月 日 受付分)		
備考				

「希望する医療機関が全て記入されているか  
ご確認下さい」

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

新規・再認定・変更 (下の変更の内容を○で囲んで下さい。)

(申請者控)

受給者番号 ※1		有効期限※1 令和 年 月 日		負担上限額・医療機関変更・医療機関追加 ※3			
受診者	フリガナ氏名	年齢 歳		生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日			
	住所	〒□□□-□□□□					
	※2 個人番号				電話番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ保護者氏名			受診者との関係			
	※4 保護者住所	〒□□□-□□□□					
	個人番号				※4 電話番号		
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	(記号)	(番号)	保険者名		※同一保険加入者の保険証の写しを添付	
	受診者と同一保険の加入者氏名(続柄・個人番号)						
	障害年金・遺族年金等支給の有無①	無・有		〔障害年金( )級・遺族年金 ※年金改定通知書等、支給金額のわかる書類の写しを添付〕 老齢年金・その他( )			
	特別児童扶養手当等支給の有無②	無・有		〔特別障害者手当・障害児福祉手当・経過福祉手当・特別児童扶養手当〕			
	該当する所得区分 ※5	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※6	該当・非該当・申請なし	
世帯の所得の確認(希望する方に○)	証明書等を添付します。			職権での調査に同意します。			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む) ※7・8	医療機関名			所在地・電話番号			
	(病院、診療所等)						
	<input type="checkbox"/> 院内処方 <input type="checkbox"/> 院外処方 (院外処方の場合は薬局名)						
	(訪問看護事業者)						
(その他の医療機関) 医療の内容							
精神障害者保健福祉手帳の有無	無・有 (手帳番号)		治療方針の変更 ※9	有・無		診断書の提出	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。						市町受理印	
申請者氏名				佐賀県知事 様			
令和 年 月 日							

※5 所得区分	
生保	生活保護世帯
低1	市町村民税非課税 本人収入80万円以下
低2	市町村民税非課税
中間1	市町村民税額(所得割) 3万3千円未満
中間2	市町村民税額(所得割) 23万5千円未満
一定以上	市町村民税額(所得割) 23万5千円以上

※6 重度かつ継続	
①	医療保険の多数該当の者
②	ICD-10における次の分類の者 F0、F1、F2、F3、G40
③	精神科医(3年以上経験者)の判断により、次の症状で計画的集中的な通院治療を継続的に要するもの ・情動及び行動の障害 ・不安及び不穏状態

- ※1 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※2 個人番号を確認できるものが必要です。(個人番号カード・通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等)
- ※3 新規・再認定・変更のいずれかに○をつけてください。
- ※4 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※5 該当すると思う区分に○をつけてください。(左参照)  
所得区分につきましては、変更がありますので申請の際にご確認ください。
- ※6 診断書等で確認し、該当すると思う区分に○をつけてください。
- ※7 主治医よりその他の医療機関の指示がある場合は、診断書、意見書等が必要となります。
- ※8 医療機関等変更の場合：病院、薬局、その他の医療機関のいずれかを変更する場合でも、すべての医療機関名を記入し、変更を希望する機関に関しては、住所、電話番号もご記入ください。変更しない機関に関しては住所、電話番号の欄に変更なしとご記入ください。(現在お持ちの受給者証を添付ください。)
- ※9 治療方針の変更の有無につきましては主治医にご確認ください。