

（提出用）

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		下の変更の内容を丸で囲んで下さい。	
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	〒							
	個人番号※2				電 話 番 号				
※ 受診者が18歳未満の場合は、以下に保護者の情報を記入してください。									
保護者	フリガナ 保護者氏名				受 診 者 との 関 係				
	保護者住所※4	〒							
	個人番号※2				電話番号※4				
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	(記号) (番号)			保 険 者 名				
	受診者と同一保険の加入者氏名※5 (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 ・ 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※6	生保・低1・低2・中間(1・2)・一定以上				重 度 かつ 継 続 ※ 7	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・訪問看護事業所を含む。)	医 療 機 関 名				所 在 地 ・ 電 話 番 号				
	(病院・診療所)								
	□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								
※8、※9									
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※10	無 ・ 有		診断書の提出	無 ・ 有		
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									
※申請者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入									
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・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	無 ・ 有		手帳で新規の場合 判定済の診断書写し(月 日 市町受付分)			
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	生保・低1・低2・中間(1・2)・一定以上		
月額負担上限額			円	支給条件	医あり・医なし・手あり・手なし・手新	
センター記入欄						
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当		認定所得区分	生保・低1・低2・中間(1・2)・一定以上		
月額負担上限額			円	認定年月日、確認印	令和 年 月 日 印	

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		下の変更の内容を丸で囲んで下さい。	
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	〒							
	個人番号※2					電話番号			
※ 受診者が18歳未満の場合は、以下に保護者の情報を記入してください。									
保護者	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係			
	保護者住所※4	〒							
	個人番号※2					電話番号※4			
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	(記号) (番号)				保険者名			
	受診者と同一保険の加入者氏名※5 (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 ・ 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・経過福祉手当・特別児童扶養手当 〕					
	該当する所得区分※6	生保・低1・低2・中間(1・2)・一定以上				重度かつ継続 ※7	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・訪問看護事業所を含む。) ※8、※9	医療機関名				所在地・電話番号				
	(病院・診療所)								
	□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※10	無 ・ 有		診断書の提出	無 ・ 有		
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									
※申請者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入									
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・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	無 ・ 有		手帳で新規の場合 判定済の診断書写し(月 日 市町受付分)		
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	生保・低1・低2・中間(1・2)・一定以上	
月額負担上限額	円		支給条件	医あり・医なし・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

下の変更の内容を丸で囲んで下さい。

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
	住 所	〒			
	個人番号※2			電 話 番 号	
※ 受診者が18歳未満の場合は、以下に保護者の情報を記入してください。					
保護者	フリガナ 保護者氏名			受 診 者 との 関係	
	保護者住所※4	〒			
	個人番号※2			電話番号※4	
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号	(記号) (番号)		保 険 者 名	
	受診者と同一保険の加入者氏名※5 (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 ・ 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※6	生 保 ・ 低 1 ・ 低 2 ・ 中 間 (1 ・ 2) ・ 一 定 以 上		重 度 か つ 継 続 ※ 7	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・訪問看護事業所を含む。)	医 療 機 関 名		所 在 地 ・ 電 話 番 号		
	(病院・診療所)				
	□院内処方 □院外処方(院外処方は薬局名)				
	(訪問看護事業者)				
	(その他の医療機関) 医療の内容				
※8、※9					
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※10	無 ・ 有	診断書の提出	無 ・ 有
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					
※申請者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入					
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・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	無 ・ 有		手帳で新規の場合 判定済の診断書写し(月 日 市町受付分)		
備考					

「希望する医療機関が全て記入されているかご確認ください。」

（申請者控）

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 丸で囲んで下さい。	
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 年 月 日 平成 令和	
	住所	〒					
	個人番号※2			電話番号			
※ 受診者が18歳未満の場合は、以下に保護者の情報を記入してください。							
保護者	フリガナ 保護者氏名			受診者 との関係			
	保護者住所※4	〒					
	個人番号※2			電話番号※4			
負担額に 関する 事項	受診者の加入医療保険 の記号及び番号	(記号) (番号)		保険者名			
	受診者と同一保険 の加入者氏名※5 (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・経過福祉手当・特別児童扶養手当					
	該当する 所得区分※6	生保・低1・低2・中間(1・2)・一定以上			重 度 か つ 継 続 ※7	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 看護事業所を含む。)	医 療 機 関 名			所 在 地 ・ 電 話 番 号			
	(病院・診療所)						
	□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)						
	※8、※9 (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※10	無 ・ 有	診断書の提出	無 ・ 有	
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							
※申請者が18歳未満の場合は保護者氏名を記入							
令和 年 月 日				佐賀県知事様			

※6 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	: 市町村民税(所得割) 23万5千円未満
中間1※7該当	: 市町村民税(所得割) 3万3千円未満
中間2※7該当	: 市町村民税(所得割) 23万5千円未満
一 定 以 上	: 市町村民税(所得割) 23万5千円以上

※7 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 ・不安及び不穏障害

※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。(マイナンバーカード等)

※3 変更の場合はいずれかに○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 同一保険加入者について、保険証の写し等の加入状況がわかる書類を添付してください。

※6 該当すると思う部分に○をつけてください。(左の表を参照)

所得区分は変更がありますので、申請の際にご確認ください。

※7 診断書等で確認し、○をつけてください。

※8 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、意見書等が必要です。

※9 医療機関変更の場合は、変更後に受診を希望される医療機関名を全て記入してください。

変更希望の医療機関については、医療機関名、所在地、電話番号をご記入ください。

変更しない医療機関については、「所在地、電話番号」の欄に「変更なし」とご記入ください。

(申請時に現在お持ちの受給者証を添付してください。)

※10 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。

※ご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。