自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

【 新規 ・ 継続 ・再認定・ 変更（ 保険 ・ 所得区分 ・ 医療機関 ） ・ 転入 】 ※いずれかに○

障害者・児	フリガナ		年 齢	歳	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	受診者氏名		個人番号			年 月 日
	受診者住所	〒 ― 堺市 区			電話番号	（ ）
	他市町村からの転入前の住所				変更年月日	令和 年 月 日
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		個人番号		受診者との関係	
	保護者氏名					
	保護者住所 ※1	〒 ―			電話番号 ※1	（ ）
	他市町村からの転入前の住所				変更年月日	令和 年 月 日

健康保険証に関する事項	保険の種類	健康保険（社会保険等） ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 生活保護（管轄 年 月 日～ □社保併用 ）			
	受診者と同一保険の他の加入者	氏 名	個人番号	受診者の属する被保険者証の記号及び番号 ※2	記号 番号
					保険者名 ※2
				公的年金等受給の有無 ※3	公的年金等の種類
	変更年月日	令和 年 月 日		有 ・ 無	年間収入額 万円/年

該当する所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			高額治療継続者（重度かつ継続）	該当 ・ 非該当
自立支援医療受給者番号		自立支援医療有効期限	令和 年 月 日	精神障害者保健福祉手帳番号	
支給要件の確認方法	□医療用（1年目） □医療用（2年目） □手帳用（1年目） □手帳用（2年目） □手帳で新規				

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）	医療機関名	区分※4	所在地・電話番号	医療機関コード
医療機関(変更・追加) □あり・□なし				
＊変更後の医療機関名をすべて記入してください				
変更年月日 ※5	令和 年 月 日			

添付書類 1．診断書 2．同意書 3．保険証の写し 4．受給者証 5．手帳の写し 6．その他 （ ）	私は上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。 申請者氏名（18歳未満の場合は保護者） 令和 年 月 日 堺 市 長 様	受 付 印	受 理 印

申請書を提出した者	氏名		本人との関係	□ 本 人 □ 家 族 □ 医療機関職員（ ） □ その他（ ）	住所	電話（ ）

※1 受診者本人と異なる場合に記入する。また、受診者本人の申請で施設入所による居住地特例の場合は入所前の居住地を記入する。
※2 生活保護受給中の場合は記入不要。
※3 市民税非課税世帯の方は、申請書裏面に記載の注意事項「3．公的年金等の記載について」を確認のうえ、該当する公的年金等の有無及び必要事項を記載すること。
（記載が無い場合は、所得区分が「低2：5,000円」となることがあります。）
※4 次の申請から選択し数字を記入する。（1：通院 2：薬局 3：デイナイトケア 4：訪問看護 5：検査 6：その他）
その他：6 を選択した場合は、医師の診断書等が必要。
※5 医療機関の変更の場合は、変更日を記入すること。ただし、新規に医療機関等を追加する場合の有効期間の始期は受付日となる。

堺市記入欄　　ここから下の欄は記入しないでください。

個人番号確認書類	□個人番号カード □通知カード □住民票の写し等 □その他（ ）		担当者		□ 郵送
本人確認書類	□個人番号カード □免許証 □手帳 □受給者証 □保険証 □診断書 □その他（ ）				
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		高額治療継続者	該当 ・ 非該当	
前回の受給者番号		前回の有効期間	平成 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				
所得確認方法	□市民税課税証明書又は台帳 □市民税非課税証明書又は台帳 □標準負担額減額認定証 □生活保護受給世帯の証明書又は台帳 □個人番号 □その他収入等を証明する書類（ ）				
支給要件の確認方法	□医療用(1年目) □医療用(2年目) □手帳用(1年目) □手帳用(2年目) □手帳で新規				
審 査	審査日	判 定	承認 ・ 不承認	高額治療継続者	該当(ICDｺｰﾄﾞ:) ・ 非該当
今回の受給者番号		今回の有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
備 考	□手帳同時申請 □手帳期限合わせ				