

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○

|                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------|------|---------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------------|-------------|-------|------|--------|--|--|--|
| 受診者                              | フリガナ                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 年 齢                             | 歳        |                                                                                                                                     |  |                     | 生年月日                | 大正 昭和 平成 令和 |       |      |        |  |  |  |
|                                  | 氏名                                                                    |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 個人番号                            |          |                                                                                                                                     |  |                     | 年 月 日               |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  | 住所※1                                                                  | 〒                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 施設名（                            | ）        |                                                                                                                                     |  |                     | 電話番号                | （ ）         |       |      |        |  |  |  |
|                                  | 住民票住所                                                                 | <input type="checkbox"/> 同上<br><input type="checkbox"/> 〒 —                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 他市町村からの転入前の住所                   |          |                                                                                                                                     |  | 〒                   | —                   |             |       |      |        |  |  |  |
| 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                                                                 | 〒                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | <input type="checkbox"/> 受診者と同じ |          |                                                                                                                                     |  | 電話番号                | （ ）                 |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  | 住民票住所                                                                 | <input type="checkbox"/> 同上<br><input type="checkbox"/> 〒 —                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 他市町村からの転入前の住所                   |          |                                                                                                                                     |  | 〒                   | —                   |             |       |      |        |  |  |  |
| 所得区分に関する事項                       | 保険の種類                                                                 |                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 被用者保険（協会けんぽ等）【 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者】 ・ <input type="checkbox"/> 国民健康保険（組合） ・ <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療<br><input type="checkbox"/> 生活保護（保険加入： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）【管轄 市・町・村 開始日： 年 月 日 廃止日： 年 月 日】 |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  | 受診者と同一保険の加入者                                                          | 該当に○                                                                                                                                                                                  | 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 | 個人番号※2   |                                                                                                                                     |  |                     | 受診者の属する被保険者証の記号及び番号 | 記号          | 番号    |      | （枝番： ） |  |  |  |
|                                  |                                                                       | <input type="checkbox"/> 被保険者                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | <input type="checkbox"/> 被扶養者                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | <input type="checkbox"/> 被保険者                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | <input type="checkbox"/> 被扶養者                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | <input type="checkbox"/> 被保険者                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | <input type="checkbox"/> 被扶養者                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 被保険者                                         |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  | 非課税年金・手当・給付等受給の有無※3 | 非課税年金・手当・給付等の名称     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> 被扶養者                                         |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  | 有 ・ 無               |                     | 年間収入額       |       | 万円/年 |        |  |  |  |
| 保険変更年月日                          |                                                                       | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
| 該当する所得区分                         |                                                                       | <input type="checkbox"/> 生保 ・ <input type="checkbox"/> 低1 ・ <input type="checkbox"/> 低2 ・ <input type="checkbox"/> 中間1 ・ <input type="checkbox"/> 中間2 ・ <input type="checkbox"/> 一定以上 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 高額治療継続者（重度かつ継続）                 |          | <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                       |  | □期限合わせ希望            |                     |             |       |      |        |  |  |  |
| 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)<br>□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           |                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
| 医療機関変更年月日※5                      |                                                                       | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | ※窓口受付日以降の認定となるため遡及変更不可。         |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
| 添付書類                             | 1. 診断書<br>2. 保険確認書類<br>3. 同意書<br>4. 受給者証<br>5. 手帳の写し<br>6. その他<br>( ) | 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。                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      | 受 付 日                           |          |                                                                                                                                     |  | 受 理 印               |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | 申請者氏名<br>(18歳未満の場合は保護者)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       | 令和 年 月 日<br>堺 市 長 様                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |
| 申請書を提出した者                        |                                                                       | 氏名                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |         |      |                                 | 本人との関係   | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 家族<br><input type="checkbox"/> 医療機関職員（ ）<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |  |                     |                     | 住所          | 電話（ ） |      |        |  |  |  |
|                                  |                                                                       |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  | 受 付 番 号 |      |                                 |          |                                                                                                                                     |  |                     |                     |             |       |      |        |  |  |  |

※1 居住地特例施設（グループホーム、有料老人ホーム等）の場合は施設名まで記載すること。  
※2 被保険者のうち、住民票が堺市でない場合は記載すること。  
※3 市民税非課税世帯や市民税未申告の方は、申請書裏面に記載の注意事項「3. 非課税年金等の記載について」を確認のうえ、該当する非課税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：テイクアウト 4：訪問看護 5：検査 6：その他）  
通院：1や、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、有効期間の始期は堺市の窓口受付日以降となる。

-----  
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  | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受付者                                                         |                                                            | 確認者                                                        |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 本人確認書類    | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他（ ）                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 保険資格確認書類  | <input type="checkbox"/> システム確認 <input type="checkbox"/> マイナ保険証目視確認 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 支給要件の確認方法 | <input type="checkbox"/> 医療用(1年目) <input type="checkbox"/> 医療用(2年目) <input type="checkbox"/> 手帳用(1年目) <input type="checkbox"/> 手帳用(2年目) <input type="checkbox"/> 手帳で新規                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 手帳同時申請 <input type="checkbox"/> 郵送 |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 前回所得区分    | <input type="checkbox"/> 生保 ・ <input type="checkbox"/> 低1 ・ <input type="checkbox"/> 低2 ・ <input type="checkbox"/> 中間1 ・ <input type="checkbox"/> 中間2 ・ <input type="checkbox"/> 一定以上                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 高額治療継続者                                                     | <input type="checkbox"/> 該当 ・ <input type="checkbox"/> 非該当 |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 前回の受給者番号  | 前回の有効期間                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                                         |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 今回所得区分    | <input type="checkbox"/> 生保 ・ <input type="checkbox"/> 低1 ・ <input type="checkbox"/> 低2 ・ <input type="checkbox"/> 中間1 ・ <input type="checkbox"/> 中間2 ・ <input type="checkbox"/> 一定以上                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 所得確認方法    | <input type="checkbox"/> 市民税課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |
| 審 査       | 審査日                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             | 判 定                                                        | <input type="checkbox"/> 承認 ・ <input type="checkbox"/> 不承認 |  |  |  | 高額治療継続者 | <input type="checkbox"/> 該当(ICDコード： ) ・ <input type="checkbox"/> 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       |                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |                                                            |                                                            |  |  |  |         |                                                                      |  |  |  |

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請について

1. 添付書類一覧

| 申請・届出項目                 | 申請書 | 同意書兼世帯状況申出書※1 | 保険確認書類※2 | 自立支援医療診断書 | 手帳用診断書 | 受給者証 | 記載事項変更届 | 再交付申請書 | 個人番号・本人確認書類※3 |
|-------------------------|-----|---------------|----------|-----------|--------|------|---------|--------|---------------|
| 新規※4                    | ○   | ○             | ○        | ○         |        |      |         |        | ○             |
| 継続・再認定※5                | ○   | ○             | ○        | ○※6       |        | ○    |         |        | ○             |
| 保険・保険上の世帯員・自己負担上限額の変更※7 | ○   | ○             | ○        | △※8       |        | ○    |         |        | ○             |
| 医療機関変更・追加※9             | ○   |               |          | △※10      |        | ○    |         |        | ○             |
| 住所・氏名等の変更               |     |               |          |           |        | ※11  | ○       |        | ○             |
| 再交付                     |     |               |          |           |        |      |         | ○      | ○             |
| 転入(他市町村からの転入)※12        | ○   | ○             | ○        |           |        | ○    |         |        | ○             |
| 手帳との同時申請 ※13            | ○   | ○             | ○        |           | ○写し※14 | ○    |         |        | ○             |

- ※1 必要に応じて同一健康保険の被保険者及び受給者本人の市民税課税証明書の提出をお願いすることがあります。
- ※2 有効期間内の健康保険証、資格確認書又は資格情報のお知らせ、個人番号カード、マイナ保険証(医療保険者の資格情報)の画面のいずれかを提示ください。
- ※3 ①個人番号カード、②通知カード又は③個人番号が記載されている住民票の写しのいずれかを提示ください。  
また、②③を提示される方は、顔写真有りの身分証明書1点又は顔写真無しの身分証明書2点を併せて提示ください。
- ※4 自立支援医療の新規申請及び転入申請の場合は、堺市の窓口受付日が有効期間の始期となります。また手帳をお持ちの方(手帳用の診断書に基づき交付されたものに限る)は、診断書の代わりに手帳の写しを添付することで申請できます。(高額治療継続者に該当する場合は、別途書類(「重度かつ継続」に関する意見書)が必要な場合があります。)
- ※5 継続申請は有効期限の3カ月前から手続できます。ただし、有効期限を過ぎて申請された場合は新規申請扱い(再認定)となるため、堺市の窓口受付日が有効期間の始期となり、受給者番号が変更される場合があります。
- ※6 診断書の提出は2年に1回ですが、受給者証の有効期限は1年ですので毎年の継続申請手続が必要です。診断書の要否については、受給者証の「支給要件の確認方法」欄でご確認ください。なお、再認定申請される場合でも、診断書が不要な年度であれば、診断書の添付は必要ありません。また、診断書の提出があった場合、診断書の記載内容について、堺市から医療機関に対し照会を行うことがあります。
- ※7 自己負担上限額の変更の場合は、堺市の窓口受付日の属する月の翌月1日からの適用となります。
- ※8 「高額治療継続者(重度かつ継続)」の判定区分により自己負担上限額を変更しようとする場合は、「重度かつ継続に関する意見書」が必要です。
- ※9 医療機関の変更及び追加は堺市の窓口受付日以降からの適用となります。
- ※10 追加する医療機関が区分1(通院)又は区分6(その他)に該当する場合は診断書等が必要です。
- ※11 受給者証の再交付はありません。既にお持ちの受給者証の記載内容変更をご希望の場合は窓口へ持参ください。
- ※12 他市町村からの転入は堺市の窓口受付日からの適用となります。
- ※13 年金証書で手帳と同時に申請される場合は、自立支援医療診断書が別途必要となります。
- ※14 手帳用診断書で申請される場合は自立支援医療記載欄(診断書右下の欄)の記載が必要です。なお、診断書原本は手帳用申請書に添付してください。

2. 所得区分

- 受診者の「世帯」の収入(所得区分)により1カ月あたりの自己負担上限額が定められます。
- 本制度の「世帯」とは、住民票上の世帯に関わりなく、受診者と同一保険の加入者をいいます。
- 「世帯」の所得区分は、受診者と同じ医療保険に加入する世帯員のうち、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療であれば被保険者全員に係る所得により認定されます。

| 市民税非課税           |                         |                         | 市民税課税                 |                           |                                   |
|------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 「生保」             |                         |                         | 市民税<3万3千円<br>(中間1)    | 3万3千円≤市民税<23万5千円<br>(中間2) | 23万5千円≤市民税<br>(一定以上)              |
| 負担<br>0円<br>(生保) | 負担上限額<br>2,500円<br>(低1) | 負担上限額<br>5,000円<br>(低2) | 負担上限額<br>医療保険の自己負担上限額 |                           | 公費負担の対象外<br>(医療保険の負担割合・<br>負担上限額) |
|                  |                         |                         | 高額治療継続者(重度かつ継続)       |                           |                                   |
|                  |                         |                         | 負担上限額<br>5,000円       | 負担上限額<br>10,000円          | ※注<br>負担上限額<br>20,000円            |

※注 高額治療継続者(重度かつ継続)の一定所得以上の区分は自立支援医療の対象外(負担上限額20,000円は経過的特例措置)

3. 非課税年金等の記載について

- 「市民税非課税世帯」で生活保護を受給していない方は、受診者の収入(受診者が18歳未満の場合は保護者の収入)により自己負担上限額が定められます。収入には、合計所得金額のほか下記の非課税年金等が対象となりますので、受給されている方は申請書に年額を記載してください。

障害基礎年金、遺族基礎年金、寡婦年金、障害年金、障害厚生年金、障害手当金、遺族厚生年金、障害共済年金、障害共済一時金、遺族共済年金、特別障害給付金、労災による障害補償給付、障害給付等、特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当等

4. 申請窓口

- 申請書の提出は、各区の保健センター(美原区は、美原区役所 地域福祉課)となります。