

様式第1号

医療を受ける方を記入してください

(記載例)

- ①新たに「自立支援医療」を申請する方 → 新規に○
- ②前回の有効期限が切れている方→新規に○
- ③有効期間内に継続の申請をする方→継続に○

| 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規 <input checked="" type="radio"/> 継続 <input 4"="" type="radio/>)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="/> 受診者 <td>フリガナ</td> <td colspan="5">フクマイチロウ</td> <td>年齢</td> <td>43</td> <td>生年月日</td> <td>明・大・昭・平・令</td> | | | | | | | | | | フリガナ | フクマイチロウ | | | | | 年齢 | 43 | 生年月日 | 明・大・昭・平・令 |
|--|--------------------------------|---|---|---|-------------|--|--------------|--------------|-----------------------|---|---------|---|---|--|--|----|----|------|-----------|
| 氏名 | 福島 一郎 | | | | | | | 〇〇年△△月□□日 | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | フクシマケン フクシマシ スギツマチョウ | | | | | 電話番号 | 024-521-0000 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒960-8670 福島県福島市杉妻町〇-〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | 個人番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 0 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保護者氏名 | 受診者が18歳以上なら、保護者欄は記載不要です | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保護者住所 | 記載例： 〇〇市 △△町 □□村 全国健康保険協会〇〇支部 ×××健康保険組合 等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 島1 〇〇〇〇〇〇 | | | | | 保険者名称 | 福島市 | | | | | | | | | | | |
| | 保険の区分 | 1 健保(本人 家族) ② 国保(一般) 退職本人 退職家族 3 船保(本人 家族) 4 各種共済(本人 家族) 5 後期高齢者医療 6 生保(受給中 申請中:福祉事務所名) 7 労災 8 保険未加入 9 その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | 福島 太郎 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受診者と同一保険(国保は同一世帯)に加入している方を全員記載 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 該当する所得区分 | 生活保護世帯 | | | | | 市町村民税非課税世帯 | | | 市町村民税 | | | | | | | | | |
| | 手帳所持者は記載 | 受診者が18歳未満の場合は保護者 | | | | | 受給者の年間収入額 | | | 属する世帯のうち、加入している被保険者の保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割) | | | | | | | | | |
| 重度かつ継続 | (所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合) | | | | | 生保 (80万円以下) (80万円超) (3万3千円未満) (23万5千円未満) | | | 中間1 中間2 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 低1 低2 中間1 中間2 | | | 重度かつ継続に該当する場合は、該当を囲む。 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 該当 非該当 | | | | | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | 876543 | | | | | 精神障害者保健福祉手帳の有効期限 | 令和 2年 9月 30日 | | | | | | | | | | | | |
| 通院する医療機関を1ヶ所記入する | 医療機関名 | | | | | 所在地 | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 診療所 | 〇〇〇病院 | | | | | 福島市御山町〇-〇〇 | | 〇〇〇-△△△-XXXX | | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業) | ×××クリニック | | | | | 福島市御山町×× | | ×××-〇〇〇-XXXX | | | | | | | | | | | |
| 医師の指示で他院へも通院する場合記入する | △△△薬局 | | | | | 福島市御山町△△△-△ | | △△△△-□□-XXXX | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | □□□訪問看護センター | | | | | 福島市御山町□-□ | | □□□-〇〇〇-XXXX | | | | | | | | | | | |
| (再認定・変更の場合に記入) | 1234567 | | | | | 現在の受給者証の有効期限(再認定・変更の場合に記入) | 令和 2年 9月 30日 | | | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費(精神通院医療)の支給を申請します。 | | | | | | | | | | 記名押印又は自筆による署名のいずれかとする | | | | | | | | | |
| 令和 2年 7月 1日 | | | | | 申請者氏名 福島 一郎 | | | | | 印 | | | | | | | | | |

(注意)

- 1 新規・継続のいずれか
- 2 世帯区分及び所得区分
- 3 重度かつ継続に該当する

○負担額に関する事項

①受診者と同一保険の加入者欄

- ・国民健康保険に加入されている方は、同一記号番号となっている方全て
- ・国民健康保険以外の医療保険に加入されている方は、同一保険に加入している被保険者と家族(被扶養者)の方すべてを記載してください。

②該当する所得区分欄

- ・市町村民税の課税状況は市町村で発行する課税証明書で確認できますが、不明な場合は、同封の同意書を提出することで、市町村が課税状況を確認することもできます。ただし、過去1年以内に他の市町村から転入した場合など、市町村に課税情報が無い場合は、同意書による確認はできません。

自治体記入欄
市町村受理

| | | | |
|------|-------------------------|---|------|
| 進達收受 | 生活保護受給の確認 | | |
| | 診断書の提出 | 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 | |
| | 主たる精神障がい(今回) | | |
| | F0 F1 F2 F3 G40 その他 /多数 | | |
| 備考 | | 県確認 | 所得区分 |

院外処方場合は薬局も指定する

現在所持する受給者証の受給者番号及び有効期限を記載