

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

京 都 府 知 事 あ て

年 月 日

私は、次のとおり、自立支援医療費の支給（新規・再認定・変更）（負担上限額が変更される場合）を申請します。
（いずれかに○をしてください。）

フリガナ											明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 生まれ（ 歳）										
受診者氏名 （申請者）											コード（市町村記入欄）											
受診者住所											電話 - -											
個人番号																						
フリガナ											コード（市町村記入欄）											
保護者氏名 （申請者）	（続柄）										保護者住所	（受診者と同じであれば記入不要です。） 電話 - -										
（受診者が18歳未満の場合に記入ください）										個人 番号												
負担額 に 関 する 事 項	受診者の保 険証の記号 及び番号	（保険証のコピーを添付してください。）										保 険 者 名	（保険証のコピーを添付してください。）									
	受診者と 同一保険の 加入者の 氏名及び 個人番号 必ず記入 してください	氏 名										個 人 番 号										
	年 収	□ 障害年金（ 級） □ 特別障害者手当 □ その他の年金・手当等 （ ）										支 給 年 額					その他の収入年額					
（市町村民税非課税の方のみ記入してください。）										円					円 （わからない場合は、記入不要です。）							
所得区分	生 保 ・ 低 1 ・ 低 2 ・ 中間 1 ・ 中間 2 ・ 一定以上										重度かつ継続					該当 ・ 非該当						
（わからない場合は、記入不要です。）																						
精神障害者保健福祉 手帳番号										（この申請書に添付する場合は記入不要です。）												
受診を希望する 指定自立支援 医療機関等	名 称										所 在 地											
	医 療 機 関																					
	追加の医療機関（該当する追加交付理由に○をしてください。） □ 検査 □ デイケア □ その他（ ）																					
	（複数ある場合はそれぞれに追加交付理由がわかるように記載ください。） 薬局（院外処方せんで利用する場合のみ） 訪問看護ステーション																					
受給者番号	（再認定または、変更の方のみ記入してください。）										治療方針の変更 ※ 有 ・ 無 （該当する区分に○をしてください。）											
申請書 を提出した者	氏 名											申請者 との関係	住 所									
										電話 - -												

※前回の申請時に診断書を添付して申請された方のみ記載ください。
前回の申請時から治療方針に変更のある場合は、前回の申請時に診断書を提出されていても、再度、診断書の提出が必要となります。
----- ここから下には、記入しないでください。 -----

（市町村記入欄）																					
申請受付年月日	進達年月日										認定年月日 （府記入欄）										
前回所得区分	生保(A)・低1(B1)・低2(B2・B3)・中間1(C1)・中間2(C2・C3)・一定以上										重度かつ継続	該当 ・ 非該当									
今回所得区分	生保(A)・低1(B1)・低2(B2・B3)・中間1(C1)・中間2(C2・C3)・一定以上 ↓ (福祉事務所名)										重度かつ継続	該当 ・ 非該当									
所得確認	個人番号 同意書による確認 課税証明書 非課税証明書 標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯証明書 その他()																				
前回の受給者番号	前回の有効期限										今回の受給者番号 （府記入欄）										
診断書の状況※	医療用(1年目)・医療用(2年目)・手帳用(1年目)・手帳用(2年目)・既交付手帳用診断書で新規										備 考										

※診断書を添付された場合は、「医療用(1年目)」または、「手帳用(1年目)」となります。