

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・継続・再申請・変更〔医療機関・所得区分〕・市外転入)※1

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
 また、この申請に関して私の属する世帯の課税状況について、熊本市が地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されることに同意します。

申請者氏名

印 (氏名を自書する場合は、押印は不要です。)

平成 年 月 日

熊本市長 様

障害者・児	フリガナ		性別	年齢	生年月日		
	受診者氏名			歳	年 月 日		
	受診者住所	熊本市 区					
	個人番号					電話番号	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係			生年月日	
	保護者氏名					年 月 日	
	保護者住所※2						
	保護者個人番号					電話番号※2	
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号		保険者名	熊本市(国保) ・ 全国健康保険協会 支部 その他〔 〕			
	保険の種類(○印)	被用者保険(本人・家族) ・ 国民健康保険(世帯主・その他) ・ 後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他					
	受診者同一保険の加入者氏名		受診者同一保険の加入者個人番号				
該当する所得区分	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		
申請者の収入(○印)	障害年金等※3 ・ 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 ・ その他収入()※4						
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)※5	医療機関(薬局・訪問看護事業)名称			所在地・電話番号			
現在の受給者番号及び有効期限※6	番号	有効期限		精神障害者保健福祉手帳番号		備考	
		平成 年 月 日					
治療方針の変更※7	有 ・ 無		前年度意見(診断)書の添付※8		有 ・ 無		

※1～8は、記入上の注意になります。4枚目裏面に説明がありますのでご覧ください。

自治体記入欄

ここから下の欄には記入しないでください。

申請受付年月日		送付年月日		認定年月日	
前回所得区分	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
今回所得区分	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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()				
受給者番号					
意見書の提出	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				
備考					

①提出用(①～④を申請窓口へ提出してください)

【管轄区：中央・東・西・南北】

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・継続・再申請・変更〔医療機関・所得区分〕・市外転入)※1

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
 また、この申請に関して私の属する世帯の課税状況について、熊本市が地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されることに同意します。

申請者氏名 〇 印 (氏名を自書する場合は、押印は不要です。)

平成 〇 年 〇 月 〇 日 熊本市長 様

障害者・児	フリガナ	〇											年齢	生年月日						
	受診者氏名	〇											性別	〇	〇 歳	〇 年 〇 月 〇 日				
	受診者住所	熊本市 〇 区 〇																		
	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											電話番号	〇						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	〇											受診者との関係	〇			生年月日	〇 〇 年 〇 月 〇 日		
	保護者氏名	〇												〇			〇 〇 年 〇 月 〇 日			
	保護者住所※2	〇																		
	保護者個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇											電話番号※2	〇						
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号	〇											保険者名	熊本市(国保) ・ 全国健康保険協会 支部 その他〔 〕						
	保険の種類(〇印)	被用者保険(本人・家族) ・ 国民健康保険(世帯主・その他) ・ 後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他																		
	受診者と同一保険の加入者氏名											受診者と同一保険の加入者個人番号								
	〇											〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇								
	〇											〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇								
	〇											〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇								
	〇											〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇								
該当する所得区分		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						
申請者の収入(〇印)		障害年金等※3 ・ 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 ・ その他収入()※4																		
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)※5	医療機関(薬局・訪問看護事業)名称											所在地・電話番号								
	〇											〇								
	〇											〇								
	〇											〇								
現在の受給者番号及び有効期限※6	番号	〇											有効期限	平成 〇 年 〇 月末日			精神障害者保健福祉手帳番号	〇		
	備考	〇																		
治療方針の変更※7	有 ・ 無											前年度意見(診断)書の添付※8	有 ・ 無							

※1～8は、記入上の注意になります。4枚目裏面に説明がありますのでご覧ください。

自治体記入欄 ここから下の欄には記入しないでください。

申請受付年月日		送付年月日		認定年月日	
前回所得区分	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
今回所得区分	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
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()				
受給者番号					
意見書の提出	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				
備考					

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・継続・再申請・変更〔医療機関・所得区分〕・市外転入)※1

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
 また、この申請に関して私の属する世帯の課税状況について、熊本市が地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されることに同意します。

申請者氏名 印 (氏名を自書する場合は、押印は不要です。)

平成 年 月 日 熊本市長 様

障害者・児	フリガナ	<input type="text" value="0"/>	性別	<input type="text" value="0"/>	年齢	生年月日							
	受診者氏名	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/> 歳	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>		
	受診者住所	熊本市 <input type="text" value="0"/> 区 <input type="text" value="0"/>											
	個人番号	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	電話番号	<input type="text" value="0"/>
受診者が 満18歳未 成の場合	フリガナ	<input type="text" value="0"/>	受診者との 関係	<input type="text" value="0"/>	生年月日								
	保護者氏名	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>			
	保護者住所 ※2	<input type="text" value="0"/>											
	保護者個人番号	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	電話番号 ※2	<input type="text" value="0"/>
負担額に 関する事項	受診者の被 保険者証の記号	<input type="text" value="0"/>	保険者名	熊本市(国保) ・ 全国健康保険協会 支部 その他〔 <input type="text" value=""/> 〕									
	保険の種類(○印)	被用者保険(本人・家族) ・ 国民健康保険(世帯主・その他) ・ 後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他											
	受診者と同一保険の加入者氏名			受診者と同一保険の加入者個人番号									
		<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
		<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
		<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	
	該当する所得区分	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					
	申請者の収入(○印)	障害年金等※3 ・ 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 ・ その他収入(<input type="text" value=""/>)※4											
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)※5	医療機関(薬局・訪問看護事業)名称	所在地・電話番号											
		<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>										
		<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>										
		<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>										
現在の受給者 番号及び有効 期限※6	番号	<input type="text" value="0"/>	有効 期限	平成 <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> 月末日					精神障害者保健福祉手帳番号	<input type="text" value="0"/>			
									備考	<input type="text" value="0"/>			
治療方針の変更※7	有 ・ 無		前年度意見(診断)書の添付※8					有 ・ 無					

※1～8は、記入上の注意になります。4枚目裏面に説明がありますのでご覧ください。

自治体記入欄 ここから下の欄には記入しないでください。

申請受付年月日	<input type="text" value=""/>	送付年月日	<input type="text" value=""/>	認定年月日	<input type="text" value=""/>			
前回所得区分	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	
今回所得区分	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	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類(<input type="text" value=""/>)							
受給者番号	<input type="text" value=""/>							
意見書の提出	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							
備考	<input type="text" value=""/>							

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(新規・継続・再申請・変更〔医療機関・所得区分〕・市外転入)※1

私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
 また、この申請に関して私の属する世帯の課税状況について、熊本市が地方税法の規定に基づく課税台帳により確認されることに同意します。

申請者氏名 印 (氏名を自書する場合は、押印は不要です。)
 平成 年 月 日 熊本市長 様

障害者・児	フリガナ	<input type="text" value="0"/>	性別	<input type="text" value="0"/>	年齢	生年月日			
	受診者氏名	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/> 歳	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	
	受診者住所	熊本市 <input type="text" value="0"/> 区							<input type="text" value="0"/>
	個人番号	<input type="text" value="0"/>						電話番号	<input type="text" value="0"/>
受診者が 満18歳未	フリガナ	<input type="text" value="0"/>	受診者との関係	<input type="text" value="0"/>	生年月日				
	保護者氏名	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>		
	保護者住所 ※2	<input type="text" value="0"/>							
	保護者個人番号	<input type="text" value="0"/>						電話番号※2	<input type="text" value="0"/>
負担額に 関する事項	受診者の被保険者証の記号	<input type="text" value="0"/>	保険者名	熊本市(国保) ・ 全国健康保険協会 支部 その他〔 <input type="text" value=""/> 〕					
	保険の種類(○印)	被用者保険(本人・家族) ・ 国民健康保険(世帯主・その他) ・ 後期高齢者医療 ・ 生活保護 ・ その他							
	受診者と同一保険の加入者氏名	受診者と同一保険の加入者個人番号							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
該当する所得区分	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			
申請者の収入(○印)	障害年金等※3 ・ 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 ・ その他収入(<input type="text" value=""/>)※4								
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)※5	医療機関(薬局・訪問看護事業)名称	所在地・電話番号							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>							
現在の受給者番号及び有効期限※6	番号	<input type="text" value="0"/>	有効期限	平成 <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> 月末日			精神障害者保健福祉手帳番号	<input type="text" value="0"/>	
	備考	<input type="text" value="0"/>							
治療方針の変更※7	有 ・ 無		前年度意見(診断)書の添付※8			有 ・ 無			

※1～8は、記入上の注意になります。4枚目裏面に説明がありますのでご覧ください。

申請に必要な書類	新規・継続・再申請	変更
申請書	○	△ (月額負担上限額及び医療機関変更の場合)
受給者証の写し	△ (継続・再申請の場合)	○
自立支援医療費の意見書	△ (新規・再申請の場合、及び継続の2年に1度)	△ (重度かつ継続該当による申請等の場合)
健康保険証の写し	○	△ (月額負担上限額の変更、生保廃止の場合)
年金振込通知書の写し等、本人の収入が分かる書類(非課税世帯の方)※9	○	△ (月額負担上限額の変更の場合)
個人番号の身元確認、番号確認ができる書類	○	○

※9 申請日とその年の6月以前の場合は前々年、7月以降の場合は前年の収入がわかる書類が必要となります。

④申請者控

申請書記入上の注意

- ※1 新規・継続・再申請・変更(指定医療機関及び自己負担限度額の変更認定の申請の場合)・市外転入のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 老齢基礎年金、老齢厚生年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金等
- ※4 不動産収入、工賃、仕送り等を記入する。収入がない場合は、「その他収入(0)」と記入する。
- ※5 院外処方の場合は、薬局名も記入する。
- ※6 継続・再申請・変更・市外転入の場合のみ記入。
- ※7 継続申請(意見書の提出が2年目のことをいう。)の場合のみ記入する。
- ※8 前年度(1年目)の申請書に係る意見(診断)書の添付状況に○をする。