

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・保険・住所〕・追加・市外転入）※1

熊本市長 様 私は、下記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 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、また、支給認定後、受給者証を指定の医療機関に送付することに同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名（自署） <small>※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記載</small> ※代理提出の場合 提出者氏名（関係 連絡先）		受付印
---	--	-----

受診者	フリガナ			生 年 月 日	年齢
	氏名			大平・昭令 年 月 日	歳
	住所	熊本市 区			
	個人番号 (マイナンバー)		電話番号	( )	

受未 満者 の 場 合 1 合 8	フリガナ			生 年 月 日	
	保護者氏名			大平・昭令 年 月 日	
	保護者住所※2				
	個人番号 (マイナンバー)		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及び番号	保険者名	熊本市（国保） ・ 後期 ・ 全国健康保険協会 支部 その他（ ）		
	保険の種類	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			
	同一保険の加入者氏名	同一保険の加入者個人番号（マイナンバー）	同一保険の加入者氏名	同一保険の加入者個人番号（マイナンバー）	
	該当する所得区分 (見込み)※3	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	障害年金・遺族年金（80万超・80万以下） ・ 手当等※4 ・ その他収入（ ）※5				

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)※6	医療機関の名称		所在地・電話番号		
	病院、診療所	( - - )			
	薬局 □院内 □院外 ( )	院外の場合のみ記入 ( - - )			
	訪問看護 □院内 □院外 ( )	院外の場合のみ記入 ( - - )			
	追加の医療機関 □デイケア □検査 □その他 ( )	院外の場合のみ記入 ( - - )			

自立支援医療費受給者番号※7	有効期限	令和 年 月 末日	手帳同時申請
精神障害者保健福祉手帳番号	有効期限	令和 年 月 末日	有 ・ 無

※1～7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。

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（Aネット・証明書） ・ 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
確認事項	保険（Aネット・中間サバ・持参）課税（Aネット・中間サバ・持参）再計算（無・後区変無・後区変 → ） ≪非課税の場合≫ 障害・遺族年金 手当等（80万↑・80万↓）年金手当等確認方法（中間サバ・持参）		
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			

## 申請書記入上の注意

- ※1 新規・継続・再申請・変更の申請（指定医療機関の変更、自己負担限度額の変更認定、加入する医療保険の変更、住
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 受付時に判定した見込みの所得区分であり、所得状況の調査により変更の可能性があります。正式な所得区分につい
- ※4 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
- ※5 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（無し）」と記入する。
- ※6 院外利用の場合は、利用機関名も記入する。
- ※7 継続・再申請・変更・市外転入の場合のみ記入。

以下の場合には区役所福祉課、または総合出張所に届出が必要です。

○氏名・住所・加入する健康保険に変更が生じるとき

○医療機関、薬局、訪問看護事業者等の変更、追加が生じるとき

○月額負担額に変更が生じるとき

注1) 月額負担上限額の変更の開始日は、市への申請後、市が認定した翌月の初日からとなります。

注2) 医療機関の変更の開始日は、市への申請後、市が認定した日からとなります。