

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、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。

申請者氏名

印 (氏名を自書する場合は、押印は不要です。)

令和 年 月 日

熊本市長 様

障害者・児	フリガナ		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	
受診者が場18歳未満	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	令和 年 月 末日	精神障害者保健福祉手帳番号	
			備考			
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。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					

【管轄区：中央・東・西・南北】

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。

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)
「世帯」の市町村民税課税証明書等 (生活保護世帯を除く) ※9	○	△ (月額負担上限額変更の場合)
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)
生活保護証明書(生活保護世帯の方)	○	△ (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。