

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） ※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記載 ※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	（ ）		
歳受 未診 満者 の 場 合 1 合 8	フリガナ							受診者 との関係	生 年 月 日				
	保護者氏名								大 平 ・ 昭 令 年 月 日				
	保護者住所※2												
	保護者個人番号 （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（ ） □院内 □院外（ ）						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・中間サバー・持参）課税（Aネット・中間サバー・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（中間サバー・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									

①提出用（①～④を申請窓口へ提出してください）

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 ※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記載 ※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	()		
歳受 未診 満者 の 場 合 1 合 8	フリガナ							受診者 との関係	生 年 月 日				
	保護者氏名								大 平 ・ 昭 令 年 月 日				
	保護者住所※2												
	保護者個人番号 (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 () □院内 □院外 ()						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・中間サバー・持参）課税（Aネット・中間サバー・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（中間サバー・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							

②管轄区役所控

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 ※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記載 ※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	()		
歳受 未診 満者 の 場 合 1 合 8	フリガナ							受診者 との関係	生 年 月 日				
	保護者氏名								大 平 ・ 昭 令 年 月 日				
	保護者住所※2												
	保護者個人番号 (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 () □院内 □院外 ()						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・中間サバー・持参）課税（Aネット・中間サバー・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（中間サバー・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									

③管轄区役所・総合出張所控

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 ※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名を記載 ※代理提出の場合 提出者氏名（関係 連絡先 ）								受付印		
受診者	フリガナ氏名				生 年 月 日			年齢		
					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	（ ）				
歳受未診満者の場合1合8	フリガナ保護者氏名				受診者との関係	生 年 月 日				
						大 平 ・ 昭 令 年 月 日				
	保護者住所※2									
	保護者個人番号（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（ ） □院内 □院外（ ）				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。

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）※8	△	△ (月額負担上限額の変更の場合)
個人番号の確認、身元確認ができる書類	○	○

※8 申請日がその年の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、住所の変更など）・追加の申請（訪問看護等の追加）・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 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ては送付される受給者証でご確認ください。
- ※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。