記入例

該当する申請種別に○をする

様式第5号（精神通院医療用）（第6条関係）

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

申請種別【　新規　・　再認定　・　変更（　所得区分　・　医療機関　）　】

受診者	フリガナ	こうか　たろう					生年月日
	受診者氏名	甲賀　太郎	性別	男　女	年齢	35　歳	○年　○月
	受診者住所	〒528 - ○○○○ 甲賀市○○町○○1234			電話番号	0748-○○-○○	
	個人番号	▲ ■ ● ■ ▲ ■ ● ■ ▲ ● ■ ▲					
満の場合 受診者が18歳未	フリガナ						
	保護者氏名	※受診者が18歳未満の場合は保護者欄も記入			受診者との関係		
	※1　保護者住所	〒　-			※1 電話番号		
	保護者個人番号						
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号および番号	△△　○○○○○	保険者名	○○　健康保険組合　○○支部			
	受診者と同一保険の加入者	甲賀　花子					
	受診者と同一保険の加入者個人番号	▲ ■ ● ■ ▲ ■ ● ■ ▲					
	※2 該当する所得区分	生保　・　低1　・　低2　・　中間1　・　中間2　・　一定以上			※3 重度かつ継続		
		所得区分が低1・低2の場合受診者収入の有無（受診者が18歳未満のときは保護者収入）	年金収入（有・無） 手当収入（有・無） その他収入（有・無）				
機関 受診を希望する指定自立支援医療		医療機関名			所在地・電話番号		
	医療機関（医療機関の登録は原則1か所だけです。）	△△△病院			甲賀市△△△町××　　TEL		
	追加の医療機関（次のいずれかにレ印の記入をしてください。）	□デイケア　□検査　□その他（　　）					
	薬局	○○○薬局			甲賀市○○○町××		
	訪問看護	□□□　訪問看護ステーション			甲賀市□□□町××		
	※4　受給者番号	1234567　有効期限　終期　○年　○月末			※5　精神障害者保健福祉手帳番号	1234567　有効期限　終期　○年　○月末	
	※6　治療方針の変更	無			※7　診断書の添付の有無	有　・　無	

※8　…を申請します。

○年　○月　○日

申請者氏名　甲賀　太郎　印

（宛先）
滋賀県知事

※9
私は、自立支援医療の支給申請に当たり、市町長が当該支給決定に必要な市町民税課税等の情報を確認し、滋賀県知事に報告することに同意します。

○年　○月　○日

申請者氏名　甲賀　太郎　印

マイナンバーカード（通知カード）の番号

受診者の健康保険証の「記号」「番号」を記入。
国民健康保険の方は「滋甲OOOOOOOO」となります。

受診者の加入している健康保険の保険者名を記入。
国民健康保険の方は「甲賀市」です。

受診する指定医療機関、薬局名等を記入

精神保健福祉手帳をお持ちの方は記入

すでに受給者証をお持ちの方はご記入ください

受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名

受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名

注1　標題の申請…および指定医療機関の変更…項に○をしてください。
2　※1欄は、…。
3　※2欄は、該当すると思う区分に○をしてください。所得区分が低1または低2の場…分に○をし、収入が「有」の場合は、収入額のわかる書類（年金振込通知等）を添付してください。
4　※3欄は、該当すると思う区分に○をしてください。
5　※4欄は、再認定または変更の場合に記入してください。
6　※5欄は、精神障害者保健福祉手帳を持っている場合に記入してください。
7　※6欄は、再認定の場合に記入してください。
8　※7欄は、申請時に診断書の添付の有無を記入してください。
9　※8欄の申請者氏名は、氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。
10　※9欄は押印をしてください（市町において所得区分の確認の際に使用します。）。
11　申請の種別によって、所定の診断書、健康保険証のコピー等の添付書類が必要となります。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

市町記入欄	市町名：			県記入欄
	申請受付年月日			
	前回所得区分	生保		該当　・　非該当
	今回所得区分	生保	上限額	円
	所得確認方法	個人番号　・　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（　）		
	備考	※医療機関が代行で市町に申請書を送付した場合　要チェック　□ ※手帳有効期限と終期を合わせるための期間短縮の場合　要チェック　□ ※手帳用診断書添付により、手帳と同時申請の場合　要チェック　□		

記入不要です