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 | 　 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | 　 |  |
| 受診者住所 | 〒　　　－　 | 電話番号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。 |  |
| 受診者が歳未満の場合 | フリガナ | 　 | 受診者との関係 | 　 |
| 保護者氏名 | 　 |
| 保護者住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　受診者住所と同じ | 電話番号 | 　 |
| 保護者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負担額に関する事項（医療機関変更申請のみの場合は、記載は不要）。 | 受診者の被保険者証の記号および番号 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 受診者と同一保険の加入者 | 氏　　名 | 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関 |  | 医療機関等名 | 所在地・電話番号 |
| 主たる医療機関医療機関の登録は１か所だけです。 |  |  |
| 　追加の医療機関次のいずれかのボックスにチェックを入れてください｡ |  |  |
| □デイケア　□検査　□その他 ※その他にチェックの場合は具体的な治療内容を記載してください。 |
| 薬局 |  |  |
| 訪問看護 |  |  |
| ※１　受給者番号 | 有効期限　　　　　終期　 年　 月末　　 | ※２　精神障害者保健福祉手帳番号 | 有効期限　　　　終期　 年　 月末　 |
| ※３　治療方針の変更の有無 | 有　　・　　無 | ※４　診断書添付の有無 | 有　　・　　無 |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　　　なお、必要な場合は、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。　　　令和　　年　　月　　日申請者氏名　　　　　　　　　　　印　　　　　（宛先）　　滋賀県知事印 |

注１　標題の申請名のうち、新規・再認定・変更（自己負担額および指定医療機関の　　４　※３欄は、再認定の場合に記入してください。

変更認定の申請の場合）のいずれかの該当する事項に○をしてください。　　　　５　※４欄は、申請時に診断書の添付の有無を記入してください。

２　※１欄は、再認定または変更の場合に記入してください。　　　　　　　　　　　６　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

３ ※２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。　　　　　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 | 令和　年　月　日 | 進達年月日 |  | 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 | 自己負担上限額 | 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　□ |