

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）										
※1										
障害者・児	フリガナ							年齢	歳	生年月日
	受診者氏名									明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日
	フリガナ							電話番号		
	受診者住所	〒								
	個人番号									
チェック欄	<input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）						<input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か）			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係		
	保護者氏名							電話番号※2		
	フリガナ									
	保護者住所※2	〒								
	保護者個人番号									
チェック欄	<input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）						<input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か）			
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				
	保険の種類	1健保（本人・家族）		2国保（一般・退職本人・退職家族・その他）		3船保（本人・家族）				
	受診者と同一保険の加入者・続柄※3	4各種共済（本人・家族）		5後期高齢	6生保	7労災	8その他（ ）			
	受給者と同一保険の加入者個人番号									
	チェック欄	<input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）						<input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か）		
該当する所得区分※4	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上						重度かつ継続 ※5	該当 ・ 非該当		
精神障害者保健福祉手帳番号										
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、デイケア事業者を含む。）※6	医療機関（薬局）名			所在地・電話番号			変更（追加）年月日			
	（薬局）									
	（デイケア）									
	（訪問看護）									
（ ）										
自立支援医療費受給者番号 ※7							現在の受給者証の有効期限	年 月 日		
診断書の添付	有 ・ 無（治療方針の変更なし）									
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>〒</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者電話番号</p> <p>申請者氏名</p> <p>続柄</p> <p>年 月 日</p> <p>三重県知事 宛て</p>										
<p>私は、自立支援医療費（精神通院医療）が迅速に支給されるため、氏名、生年月日、受給者番号、自己負担上限額、申請年月日又は変更（追加）年月日を上記受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業所、デイケア等）に情報提供することに同意します。</p> <p>氏名</p>										

※の注意書きは裏面備考参照

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市町記入欄（今回所得区分欄が「中間1・中間2・一定以上」の場合は、重度かつ継続欄の「該当・非該当」のどちらかに○をする。）

申請受付	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
進達收受	所得確認書類	個人番号 ・ 市町民税課税証明書 ・ 市町民税非課税証明書 ・ 標準負担額減額認定書 生活保護受給世帯の証明書 ・ 同意書による確認 ・ その他（ ）		
	経由機関	医療機関（ ） 施設（ ） その他（ ）		
	診断書の提出	診断書添付有り（1年目）		診断書添付無し（2年目） 手帳で新規
	備考			

備考

- 1 新規・再認定（継続申請）・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をしてください。
- 2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 3 受診者と同一保険の加入者が二人以上いる場合は、二人目以降を別紙に記入してください。
- 4 下のチェック項目「1」～「4」を参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- 5 下のチェック項目「5」を参照し、該当すると思う区分に○をしてください。
- 6 希望する医療機関、薬局名の後に（ ）書きで、（薬局）、（デイケア）、（訪問看護）等記入してください。また原則として、主たる病院、デイケアを受ける病院、訪問看護を受ける事業所及び調剤を受ける薬局は、それぞれ1箇所ずつ以内で申請（記載）してください。
- 7 受給者証をお持ちの方は、受給者証に記載されている番号を記載してください。

＜所得区分に関するチェック項目＞

以下の項目中の「受診する方の世帯」とは、受診する方が加入している医療保険が社会保険（健康保険又は共済組合）の場合は扶養・被扶養の関係にある方全員をいい、国民健康保険又は後期高齢者医療制度（以下「国民健康保険等」といいます。）の場合には同じ国民健康保険等に加入している方全員をいいます。

- 1 「受診する方の世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
  - ・受けている : 「生保」に○をしてください。
  - ・受けていない : 2へ
- 2 「受診する方の世帯」は、市町民税が課税されていますか。
  - ・課税されていない : 3へ
  - ・課税されている : 4へ
- 3 受診する方（受診する方が18歳未満の場合は、生計を一にする保護者のうち最多収入者）の収入が80万円以下ですか。  
（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
  - ・80万円以下 : 「低1」に○をしてください。
  - ・80万円を超える : 「低2」に○をしてください。
- 4 「受診する方の世帯」のうち、次の対象の方の市町民税額（所得割）は、以下のどの金額に該当しますか。  
対象 : 加入している保険が社会保険の場合 → 被保険者の市町民税額（所得割）  
加入している保険が国民健康保険等の場合 → 被保険者全員の市町民税額（所得割）の合算
  - ・市町民税額（所得割） 3万3千円未満 : 「中間1」に○をしてください。
  - ・市町民税額（所得割） 23万5千円未満 : 「中間2」に○をしてください。
  - ・市町民税額（所得割） 23万5千円以上 : 「一定以上」に○をしてください。
- 5 「重度かつ継続」（下記※「重度かつ継続」の対象範囲①②のいずれか）に該当しますか。  
※「重度かつ継続」の対象範囲
  - ① 統合失調症、そううつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）、その他3年以上の精神医療の経験を有する医師によって集中的・継続的な通院治療を要すると判断された方
  - ② 医療保険の高額療養費多数回該当の方（申請前12箇月で3回以上の医療保険高額療養費を受けた方）
  - ・該当する : 「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
  - ・該当しない : 「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

参考 毎月の自己負担限度額一覧

区分	対 象	自己負担限度額	
生活保護	生活保護世帯の方	0円	
低所得 1	市町民税非課税世帯で、通院をする方の1年間の収入が80万円以下の方	2,500円	
低所得 2	市町民税非課税世帯で、通院をする方の1年間の収入が80万円を超える方	5,000円	
中間所得 1	市町民税所得割が3万3千円未満の方	「重度かつ継続」に該当する方	5,000円
		「重度かつ継続」に該当しない方	上限なし、1割負担
中間所得 2	市町民税所得割が23万5千円未満の方	「重度かつ継続」に該当する方	10,000円
		「重度かつ継続」に該当しない方	上限なし、1割負担
一定所得以上	市町民税所得割が23万5千円以上の方	「重度かつ継続」に該当する方	20,000円
		「重度かつ継続」に該当しない方	制度の対象外