

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 年 月 日 令和		
	フリガナ											電話番号				
	受診者住所	〒														
個人番号																
受診者が18歳未満の場合のみ記入	フリガナ											受診者との関係				
	保護者氏名															
	フリガナ											電話番号 ※2				
	保護者住所 ※2															
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) 4各種共済 (本人・家族) 5後期高齢 6生保 7労災 8その他 ()														
	受診者と同一保険の加入者・続柄※3															
	受給者と同一保険の加入者個人番号															
	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			
診断書の添付													有 ・ 無 (治療方針の変更なし)			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																
〒																
申請者住所													申請者電話番号			
申請者氏名													続 柄			
													年 月 日			
三重県知事 宛て																
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。													氏名			

※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					

(規格A4)

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

