

第1号様式（第2条関係）

自立支援医療費
（精神通院医療）
支給認定申請書

| | |
|---------|---|
| 手帳同時申請 | ※ |
| 手帳の写で申請 | ※ |

| 精神保健福祉センター記入欄 | | | |
|----------------------|------|---------|-------|
| 所得区分 | 支給認定 | 重度継続の適否 | |
| 生保・生保減免 低1・低2・中間1 | 認定 | 申請 | 有・無・非 |
| 中間2・一定以上 | 不認定 | 判定 | |
| | | 該当 | 非該当 |

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第53条第1項の規定により、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定に関する〔新規認定・継続認定〕を申請します。

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|---|------|---------|--------|----------|----------------------|--|----------------------------|----|--|
| 受診者 | フリガナ 氏名 | ① (自署又は記名押印) | | 性別 | 男 女 | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | |
| | 住所 | 〒 奈良県 () 電話番号 () | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合に記入してください。)</small> | フリガナ 氏名 | ① (自署又は記名押印) | | 受診者との続柄 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 奈良県 () 電話番号 () | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| 保険の種類 (○印) | | <input type="checkbox"/> 社保(本人 家族) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | | | |
| 健康保険証に関する事項 | 受診者と同一保険の他の加入者 | 氏名 | 個人番号 | | | | | | 受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号 | | |
| | | | | | | | | | 記号 | 番号 | |
| | | | | | | | | | 保険者名 | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 指定自立支援医療機関 | 主たる受診医療機関と重複する場合は不要 | 医療機関名 | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| | | 調剤薬局名 | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| | | 事業所名 | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| | | デイケア・ナイトケア等 | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| | | 検査 | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| 治療方針の変更等の有無 | | 有 ・ 無 | | | | | | | | | |
| 添付書類 (○印) | | 1 医師の診断書の添付・有（自立支援医療用・手帳用）・無（前回添付済）・手帳の写し 2 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用） 3 重度かつ継続に関する意見書（追加用） 4 医療保険者証等の写し 5 市町村民税額等を証する書類 6 既存の受給者証の写し（新規認定の場合は不要） 7 その他 () | | | | | | | | | |

- (注) 1 この申請書に記載することができる指定自立支援医療機関は、精神通院医療の受診等を目的とするものに限り、
- 2 新規又は継続認定の申請を行うためには、添付書類として「医師の診断書」及び「医療保険証の写し」並びに「受診者と同一保険者証で認定されている世帯の市町村民税額又は生活保護受給を証する書類」が必要です。ただし、継続申請の場合において、前回申請時に「医師の診断書」を添付しているときは、治療方針等に変更がない場合に限り「医師の診断書」の添付を省略することができます。
- 3 デイケア等は主たる受診先医療機関がデイケア等の承認を受けていない場合に、検査は脳波計等の医療機器が主たる受診医療機関にない場合に限り、
- 4 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関以外の医療機関における受診は、自立支援医療費の支給対象になりません。また、主たる受診医療機関が同項による指定自立支援医療機関でない場合は、全ての医療機関等における受診が自立支援医療費の支給対象になりません。
- 5 主たる受診医療機関の複数指定を希望される場合は、主たる受診医療機関の欄を分割して記入してください。この場合、複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）の添付が必要です。
- 6 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
- 7 治療方針の変更等の有無について、該当項目に○印をつけてください。なお、申請時に診断書を添付した場合は、当該欄の記載は不要です。
- 8 支給認定に係る審査において、診断書の記載内容に不備、疑義等がある場合には、精神保健福祉センターから診断書作成医師に対して直接照会を行う場合があります。この場合にあつては、診断書作成医師からの回答を受け、改めて審査を行いますので、支給認定までに日数を要する場合があります。
- 9 太線枠内及び※の欄は、申請者は記載しないでください。（※の欄及び裏面は、市町村が記入してください。）

