自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書 ※1 (新規・継続・変更)

(宛先) 京　都　市　長	平成　年　月　日
申請者の住所 (〒　－　) 電話　－	※2 申請者の氏名(記名押印又は自筆による署名) ㊞ (受診者との関係　)

受診者	フリガナ 氏名		性別 男・女	大正 昭和 平成 西暦　年　月　日生まれ(　歳)
	住所	(申請者と同じであれば記入不要です。) (〒　－　) 電話　－		
	個人番号			
転入年月日 (転入の場合のみ記入してください。)		平成　年　月　日		
保護者※3	フリガナ 氏名		受診者との続柄	
	住所	(申請者と同じであれば記入不要です。) (〒　－　) 電話　－		
	個人番号			

負担額に関する事項	受診者の保険証の記号及び番号	(保険証のコピーを添付してください。)	保険者名	(保険証のコピーを添付してください。)
	受診者と同一保険の加入者の氏名	別紙「同意書」に氏名，続柄等を記入してください。		
	年収 (市民税非課税の方のみ記入してください。)	あてはまる□にレ印を記入してください。 □ 公的年金，手当以外の収入 □ 公的年金，手当 □ 障害基礎年金1級のみ □ 障害基礎年金1級・2級及び特別障害者手当	□無収入	年収額 公的年金，手当等の支給年額　円 公的年金，手当以外の支給年額　円 支給額の分かる書類のコピーを添付してください。
	所得区分	生保・低１・低２D・低２・中間１・中間２D・中間２・一定以上 (わからない場合は，記入不要です。)	重度かつ継続	該当・非該当

変更内容(変更申請の場合いずれかにレ印を記入してください)	□診療所，病院の変更　□検査医療機関の追加　□デイ・ケア医療機関の追加　□所得区分の変更 □薬局の追加　□薬局の変更　□加入保険の変更　□その他(　)

自立支援医療費受給者番号※4		有効期限	平成　年　月　日
精神障害者保健福祉手帳番号※5		有効期限	平成　年　月　日

利用を希望する指定自立支援医療機関等	医療機関等の名称	所在地・電話番号
	診療所，病院	
	追加の医療機関(次のいずれかにレ印を記入してください) □検査 □デイケア □その他(　)	
	薬局(院外処方せんで利用する薬局のみ)	
	訪問看護ステーション	

※1 いずれかに○をしてください。また，変更の場合は，申請者欄，受診者氏名・住所欄及び変更する項目のみ記入してください。
※2 申請者は，受診者となります。受診者が18歳未満の場合，保護者が申請者となります。
※3 受診者が18歳未満の場合に記入してください。
※4 継続又は変更申請の場合のみ記入してください。
※5 精神障害者保健福祉手帳を所有する場合は記入してください。

ここから下は，記入しないでください。

【保健センター記入欄】

診断書の提出	有(　医療用　・　手帳用　)　・　無
病状変更	有　・　無

【こころの健康増進センター記入欄】

審査	承認　・　不承認		
今回所得区分	生保・低１・低２D・低２・中間１・中間２D・中間２・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
所得確認	税調査(同意書添付)　課税証明書添付　非課税証明書添付		

①京都市提出用
②保健センター提出用
③申請者控