

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)

①京都市提出用
②保健センター提出用
③申請者控

(宛先) 京 都 市 長	令和 年 月 日
申請者の住所 (〒 -) 電話 -	※2 申請者の氏名 (受診者との関係)

受診者	フリガナ 氏名	大・昭 平・令 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。) 令和 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。) <input type="checkbox"/> 公的年金、手当以外の収入 <input type="checkbox"/> 公的年金、手当 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金1級のみ <input type="checkbox"/> 障害基礎年金1級・2級及び特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 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 支給額に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。)

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・令 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳番号※5 有効期限 平・令 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) <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 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		