

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	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)

①京都市提出用

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					

②保健センター提出用

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			

③申請者控

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 支給額に分かる書類のコピーを添付してください。	年 収 額	公的年金、手当等の支給年額
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)	<input type="checkbox"/> 診療所、病院の変更 <input type="checkbox"/> 検査医療機関の追加 <input type="checkbox"/> デイ・ケア医療機関の追加 <input type="checkbox"/> 所得区分の変更 <input type="checkbox"/> 薬局の追加 <input type="checkbox"/> 薬局の変更 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------------------------------	---

自立支援医療費受給者番号※4		有効期限	令和 年 月 日
----------------	--	------	----------

精神障害者保健福祉手帳番号※5		有効期限	令和 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