

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 令和	年	月
	フリガナ									電話番号				
	受診者住所	〒												
	個人番号													
チェック欄	<input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）								<input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か）					
受診者が18歳未満の場合	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													
チェック欄	<input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）								<input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か）					
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・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（）								保険者番号				
	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													
	チェック欄	<input type="checkbox"/> 番号確認（正しい個人番号が入力されているか）								<input type="checkbox"/> 本人確認（その個人番号が付番されている方か）				
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	令和 年 月 日						
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													
令和 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
	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（）				
進達収受	経由機関	医療機関（ ）施設（ ）その他（ ）				
	診断書の提出	<input type="checkbox"/> 診断書添付有り（1年目） <input type="checkbox"/> 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80万9千円（※）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）

- ・80万9千円（※）以下 : 「低1」に○をしてください。
- ・80万9千円（※）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 每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80万9千円以下の方 ※	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80万9千円を超える方 ※	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 「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 「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 「重度かつ継続」に該当しない方 制度の対象外

※ 令和7年6月末まで80万円が基準