

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	日	
	フリガナ											電話番号						
	受診者住所	〒																
受診者が18歳未満の場合のみ記入	個人番号																	
	フリガナ											受診者との関係						
	保護者氏名											電話番号※2						
	フリガナ																	
負担額に関する事項	保護者住所※2																	
	保護者個人番号																	
	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・退職本人・退職家族・その他）				3船保（本人・家族）									
受診者と同一保険の加入者・続柄※3	4各種共済（本人・家族）										5後期高齢		6生保		7労災		8その他（ ）	
受給者と同一保険の加入者個人番号																		
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		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								
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				
進達收受	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（ ）															
	経由機関	医療機関（ ） 施設（ ） その他（ ）															
	診断書の提出	診断書添付有り（1年目）					診断書添付無し（2年目）					手帳で新規					
	備考																

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）
  - ・80万円以下 : 「低1」に○をしてください。
  - ・80万円を超える : 「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 毎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	5,000円
		「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	10,000円
		「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	20,000円
		「重度かつ継続」に該当しない方	制度の対象外