

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

【 新規 ・ 継続 ・ 変更（保険 ・ 所得区分 ・ 医療機関 ・ その他） ・ 転入 】※1

フリガナ												年齢				歳				生 年 月 日																			
受診者氏名																				明大昭和平成				年 月 日															
受診者住所		〒 大阪市 区										電話番号				()																							
他市町村からの転入前の住所												変更年月日				令和 年 月 日																							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ											個人番号				受診者との関係																							
	保護者氏名																																						
	保護者住所※2	〒 区										電話番号※2				()																							
	他市町村からの転入前の住所											変更年月日				令和 年 月 日																							
健康保険証に関する事項	保険の種類（該当に○）	健康保険（社会保険等） ・ 国民健康保険 ・ 後期高齢 ・ 生活保護（管轄）																																					
	受診者の属する被保険者証の記号及び番号 ※3	記号											番号											保険者名※3															
	受診者と同一保険の他の加入者																											公的年金等受給の有無（※4）				公的年金等の種類							
	変更年月日	令和 年 月 日																										有 ・ 無				年間収入額				円/年			
該当する所得区分		生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上																										高額治療継続者（重度かつ継続）				該当 ・ 非該当							
自立支援医療受給者番号												自立支援医療有効期限				令和 年 月 日				精神障がい者保健福祉手帳番号																			
支給要件の確認方法 ※7		☐ 医療用（1年目） ☐ 医療用（2年目） ☐ 手帳用（1年目） ☐ 手帳用（2年目） ☐ 手帳で新規																																					
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。） 医療機関の変更（追加を含む） ☐ あり ・ ☐ なし * 変更後の内容をすべて記入	区分※5	医 療 機 関 名										所在地・電話番号										医療機関コード																	
変更年月日※6		令和 年 月 日																																					
私は上記のとおり、自立支援医療費の支給認定を申請します。 申請者氏名 令和 年 月 日 (提出先) 大阪市長														受 付 印				受 理 印																					
申請書を提出した者	氏名											本人との関係	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 医療機関職員 () ☐ その他 ()										住所	電話 ()															

※1 新規・継続・変更（保険、所得区分及び指定医療機関の変更の場合）・転入のいずれかに○をする。
複数の変更がある場合は、変更する事項すべてに○をすること。

※2 受診者本人と異なる場合に記入する。また、受診者本人の申請で施設入所による居住地特例の場合は入所前の居住地を記入する。

※3 生活保護受給中の場合は記入不要。

※4 市民税非課税世帯の方は、申請書裏面に記載の注意事項「3.公的年金の記載について」を確認のうえ、該当する公的年金等の有無及び必要事項を記載すること。
(記載が無い場合は、所得区分が「低2：5,000円」となることがあります。)

※5 次の申請から選択し数字を記入する。(1：通院 2：薬局 3：訪問看護)

※6 新規に医療機関等を追加する場合の有効期間の始期は受付日となる。

※7 変更申請以外の方は記入すること。

----- ここから下の欄は記入しないでください。 -----

大阪市記入欄																															
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上																										高額治療継続者	該当 ・ 非該当			
前回の受給者番号											前回の有効期間				平成 ・ 令和 年 月 日～平成 ・ 令和 年 月 日																
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上																														
所得確認書類	☐ 台帳・公簿 ☐ 市民税課税等証明書 ☐ 標準負担額減額認定証 ☐ 生活保護受給世帯の証明書 ☐ その他収入等を証明する書類 ()																														
支給要件の確認方法	☐ 医療用(1年目) ☐ 医療用(2年目) ☐ 手帳用(1年目) ☐ 手帳用(2年目) ☐ 手帳で新規																														
審査	審査日											判定	承認 ・ 不承認										高額治療継続者	該当(ICDコード:) ・ 非該当							
今回の受給者番号											今回の有効期間				令和 年 月 日～令和 年 月 日																
備考	☐ 手帳同時申請 番号確認 () 本人確認 ()																														

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請について

1. 添付書類一覧

申請・届出項目	申請書	同意書	健康保険証の写し ※1	自立支援医療診断書	手帳用診断書	受給者証(原本)	記載事項変更届	再交付申請書
新規※2、※7	○	○	○	○				
継続※3、※9	○	○	○	△		○		
保険・保険上の世帯員・自己負担上限額の変更※4	○	○	○			○		
医療機関変更・追加※5	○					○		
住所・氏名等の変更						○	○	
再交付								○
転入(他府県等からの転入)	○	○	○			○		
手帳との同時申請 ※6	○	○	○		※8	○		

- ※1 保険証の写しは保険料の算定対象となる世帯員分が必要です(国保は世帯全員、社会保険は被保険者、後期高齢は住民票世帯員内の後期高齢全員)。また生活保護受給者の方は不要です。ただし、市外からの転入等で前市町村での生活保護受給証明書が必要となる場合があります。
- ※2 自立支援医療の新規申請の場合はお住まいの区の窓口受付日が有効期間の始期となります。
- ※3 継続申請は、有効期限の3ヶ月前から手続きできます。ただし、有効期限を過ぎて申請された場合は新規申請扱いとなるため、お住まいの区の窓口受付日が有効期間の始期となり、受給者番号が変更される場合があります。
- ※4 自己負担限度額の変更の場合は、お住まいの区の窓口受付日の属する月の翌月1日からの適用となります。
- ※5 医療機関の変更、追加はお住まいの区の窓口受付日からの適用となります。
- ※6 年金証書で手帳と同時に申請される場合は自立支援医療診断書が必要となります。
- ※7 手帳(手帳用の診断書に基づき交付されたものに限る)をお持ちの方が新規で自立支援医療を申請する場合で、有効期限が窓口申請の時点で1年以上残っていれば、診断書の代わりに手帳の写しを添付することで申請できます。
- ※8 手帳用診断書で申請される場合は、自立支援医療用記載欄(診断書右下の欄)の記載が必要です。なお診断書原本は手帳用申請書に添付してください。
- ※9 受給者証の有効期限は1年間ですが、更新時の診断書の提出は2年に1回です。

2. 所得区分

- 受診者の「世帯」の収入(所得区分)により一ヶ月あたりの自己負担限度額が定められます。
- 本制度の「世帯」とは、住民票上の世帯に関わりなく、同じ健康保険に加入している世帯員をいいます。
- 「世帯」の所得区分は、健康保険など国民健康保険以外の医療保険であれば、被保険者の所得により認定されます。国民健康保険であれば、「世帯」内の被保険者全員の所得により認定されます。

市民税非課税			市民税課税		
「生保」	収入 ≤ 80万	収入 > 80万	市民税 < 3万3千円 (中間1)	3万3千円 ≤ 市民税 < 23万5千円 (中間2)	23万5千円 ≤ 市民税 (一定以上)
負担額 0円 (生保)	2,500円 (低1)	負担上限額 5,000円 (低2)	負担上限額 医療保険の自己負担限度額		公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			高度治療継続該当者(重度かつ継続) 負担上限額 5,000円	負担上限額 10,000円	負担上限額 20,000円

3. 公的年金の記載について

○「市民税非課税世帯」で生活保護を受給していない方は、本人の収入(受診者が18歳未満の場合は保護者の収入)により自己負担上限額が定められます。収入には、合計所得金額のほか下記の公的年金が対象となりますので、受給されている方は申請書に年額を記載してください。

障害基礎年金、遺族基礎年金、寡婦年金、障害年金、障害厚生年金、障害手当金、遺族厚生年金、障害共済年金、障害共済一時金、遺族共済年金、特別障害給付金、労災による障害補償給付、障害給付等、特別児童扶養手当、特別障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当等

4. 申請窓口

○申請書の提出は、お住まいの区の保健福祉センターとなります。

5. マイナンバー

○平成28年1月1日より、マイナンバーの番号確認・本人確認のため確認書類のご提示が必要です。