

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1 ※2					<input type="checkbox"/> 期限切れ新規
					<input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳)
					<input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望
受診者・児	フリガナ 氏名		性別	年齢	生年月日
	住所	郵便番号		電話番号	
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名		受診者との関係		
	保護者住所 ※3	郵便番号		電話番号 ※3	
	個人番号				
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	※ 保険証(写)添付	
	受診者と同一保険の被保険者名※4	※ 保険証(写)添付			
	個人番号				
	障害年金・遺族年金等受給の有無※5	無・有	障害年金(級) ・ 遺族年金		※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付
	特別児童扶養手当等受給の有無	無・有	特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当		※手当の受給者証等確認できる書類(写)を添付
該当する所得区分※6			重度かつ継続※7	該当 ・ 非該当	
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)	医療機関名			所在地・電話番号	
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	(番号) (有効期限)	手帳番号及び有効期限	(番号) (有効期限)		
治療方針の変更 ※9	有	前年度の申請にかかる診断書の添付状況 ※10			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。					
令和 年 月 日			申請者氏名		印 ※11
沖縄県知事 殿					

市町村記入欄

所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	低1、低2の場合記入	受給者の合計所得金額	円
			公的年金等の収入金額	円
			障害者年金等の金額	円
			特別児童扶養手当等の金額	円
備考	合計金額 円			

県記入欄

重度かつ継続	該当・非該当					④' ④'' ⑤' ... 重度かつ継続に該当の場合					
認定所得区分	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	月額負担上限額 円				
	①	②	③	④'	④''	④	⑤'	⑤	認定年月日、確認印 平成 年 月 日 印		

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1 ※2					<input type="checkbox"/> 期限切れ新規
					<input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳)
					<input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望
受診者・児	フリガナ 氏名		性別	年齢	生年月日
	住所	郵便番号 〒		電話番号	
	個人番号				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名		受診者との関係		
	保護者住所 ※3	郵便番号 〒		電話番号 ※3	
	個人番号				
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	**保険者名 ※ 保険証(写)添付	
	受診者と同一保険の被保険者名※4			※ 保険証(写)添付	
	個人番号				
	障害年金・遺族年金等受給の有無※5	無・有	障害年金(級) ・ 遺族年金		※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付
	特別児童扶養手当等受給の有無	無・有	特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過の福祉手当 ・ 特別児童扶養手当		※手当の受給者証等確認できる書類(写)を添付
該当する所得区分※6				重度かつ継続※7	該当 ・ 非該当
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)	医療機関名			所在地・電話番号	
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	(番号) (有効期限)	手帳番号及び有効期限	(番号) (有効期限)		
治療方針の変更 ※9	有	前年度の申請にかかる診断書の添付状況 ※10			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。					
令和 年 月 日				申請者氏名	印 ※11
沖縄県知事 殿					印

※6 所得区分	
生保	生活保護世帯
低1	市町村民税非課税 本人収入80万円以下
低2	市町村民税非課税
中間1	市町村民税額(所得割) 3万3千円未満
中間2	市町村民税額(所得割) 23万5千円未満
一定以上	市町村民税額(所得割) 23万5千円以上

※7 高額治療継続者(重度かつ継続)に該当する者	
①	医療保険の多数該当の者
②	ICD-10における次の分類の者 F0、F1、F2、F3、G40 ※12
③	3年以上の精神医療の経験を有する医師の判断により、次の症状で集中的治療を継続的に必要とする者 ・衝動及び行動の障害 ・不安及び不穏状態

- ※1 新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更)のいずれかに○をする。
- ※2 該当する場合に記入(☑)してください。
- ※3 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※4 健康保険など被用者保険の加入者は被保険者のみ、国民健康保険または後期高齢者医療制度の加入者は被保険者全員を記入してください。
- ※5 受給開始時期が前年または当年の場合は、その時期(〇年〇月受給開始)を余白に記入してください。
- ※6 該当すると思う区分に○をつけてください。(左を参照)
- ※7 医療機関等に確認し、記入してください。(左を参照)
・所得区分が生保、低1、低2の方は記入する必要はありません。
- ※8 再認定または変更の方のみ記入してください。
- ※9 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう)で治療方針の変更のある方のみ記入
- ※10 前年度(1年目)の申請に係る診断書の添付状況に○をする。
- ※11 申請者氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとします。
- ※12 F0:症状性を含む器質性精神障害、F1:精神作用物質使用による精神及び行動の障害、F2:統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、F3:気分障害、G40:てんかん