

第 1 号様式（第2条関係）

（表）

自立支援医療費
（精神通院医療）
支給認定申請書

手帳同時申請	※
手帳の写で申請	※

精神保健福祉センター記入欄			
所得区分	支給認定	重度継続の適否	
生保 ・ 生保減免	認定	申請	有 ・ 無 ・ 非
低1 ・ 低2 ・ 中間1	不認定	判定	
中間2 ・ 一定以上		該当	非該当

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 3 条第 1 項の規定により、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定に関する〔 新規認定 ・ 継続認定 〕を申請します。

受診者	フリガナ 氏 名											生年 月 日	年 月 日						
	住 所	〒 奈良県																	
	個人番号																		
保護者 （受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ 氏 名											受診者 と の 続 柄							
	住 所	〒 奈良県																	
	個人番号																		
保険の種類 （○印）		社保（本人 家族） 国保 後期高齢 生保 その他（ ）																	
健康保険に関する事項	受診者と同一保険の他の加入者	氏 名	個 人 番 号												受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号				
																記 号	番 号		
																保 険 者 名			
指定 自立 支援 医療 機関	主たる 受診 医療機関	医 療 機 関 名										所在地・電話番号							
	調 剤 薬 局	調 剤 薬 局 名										所在地・電話番号							
	訪 問 看 護 事業者	事 業 所 名										所在地・電話番号							
	デイケア・ ナイトケア等	医 療 機 関 名										所在地・電話番号							
	検 査	医 療 機 関 名										所在地・電話番号							
治療方針の変更等の有無		有 ・ 無																	
添 付 書 類 （ ○ 印 ）		1 医師の診断書の添付 ・ 有（自立支援医療用 ・ 手帳用） ・ 無（前回添付済） ・ 手帳の写し 2 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用） 3 重度かつ継続に関する意見書（追加用） 4 被保険者情報が確認できる書類等の写し 5 市町村民税額等を証する書類 6 既存の受給者証の写し（新規認定の場合は不要） 7 その他（ ）																	

（注） 1 この申請書に記載することができる指定自立支援医療機関は、精神通院医療の受診等を目的とするものに限ります。

2 新規又は継続認定の申請を行うためには、添付書類として「医師の診断書」及び「被保険者情報が確認できる書類等の写し」並びに「受診者と同一保険者証で認定されている世帯の市町村民税額又は生活保護受給を証する書類」が必要です。ただし、継続申請の場合において、前回申請時に「医師の診断書」を添付しているときは、治療方針等に変更がない場合に限り「医師の診断書」の添付を省略することができます。

3 診断書を添付する場合は、市町村受理日前3ヶ月以内に作成した診断書を提出してください。

4 デイケア等は主たる受診先医療機関がデイケア等の承認を受けていない場合に、検査は脳波計等の医療機器が主たる受診医療機関にない場合に限ります。

5 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 9 条第 1 項に規定する指定自立支援医療機関以外の医療機関における受診は、自立支援医療費の支給対象になりません。また、主たる受診医療機関が同法第 5 9 条第 1 項による指定自立支援医療機関でない場合は、全ての医療機関等における受診が自立支援医療費の支給対象になりません。

6 主たる受診医療機関の複数指定を希望される場合は、主たる受診医療機関の欄を分割して記入してください。この場合、複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）の添付が必要です。

7 受診者が 1 8 歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。

8 治療方針の変更等の有無について、該当項目に○印をつけてください。なお、申請時に診断書を添付した場合は、当該欄の記載は不要です。

9 支給認定に係る審査において、診断書の記載内容に不備、疑義等がある場合には、精神保健福祉センターから診断書作成医師に対して直接照会を行う場合があります。この場合にあっては、診断書作成医師からの回答を受け、改めて審査を行いますので、支給認定までに日数を要する場合があります。

1 0 太線枠内及び※の欄は、申請者は記載しないでください。（※の欄及び裏面は、市町村が記入してください。）

(裏)

※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	重度かつ継続 該当 ・ 非該当
所得確認書類	☐ 市町村民税課税証明書 ☐ 市町村民税非課税証明書 ☐ 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	
	☐ 課税画面確認 ☐ 年金受給額のわかる書類 ☐ その他（ ）	
手帳同時申請時に記入	☐ 手帳同時申請 ☐ 手帳同時申請（期間調整）	

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

☐ 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他（ ）
☐ 本人又は代理人の身元（実存）の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他（ ）
☐ 代理人の申請の場合にあっては、代理権の確認	1 戸籍謄本（法定代理人の場合） 2 委任状（任意代理人の場合） 3 その他（ ）

同意書

(宛先) 奈良市長

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定のために奈良市職員が私及び私の世帯員若しくは同一医療保険加入者の収入状況を確認するため、市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、健康保険等、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、並びに必要なに応じて他の関係公簿を閲覧すること、並びに必要なに応じて個人番号を利用することについて同意します。なお、以上の内容については、下表の者にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

受診者 住所 奈良市

氏名 (自署又は記名押印)

受診者が18歳未満の場合

氏名(保護者) (自署又は記名押印)

1. すべての受診者にお聞きします。※受診者が18歳未満の場合は保護者の年金受給状況をお答えください。

- ・何か年金を受給していますか？ (はい ・ いいえ)
 - ・年金の種類は何ですか？ (老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金)
 - ・年金金額は年間80万9千円を超えていますか？ (はい ・ いいえ)
- 「いいえ」とお答えの方は、年間の年金額を教えてください。(円)

2. 社会保険 又は 奈良市以外の国民健康保険 の加入者は以下をご記入ください。

被保険者氏名：()

加入医療保険者名称(例 ○○健康保険組合等)：()

3. 生活保護受給中の方は、受給決定市町村名をご記入ください。(いずれかに☑)

☐ 奈良市 ☐ 奈良市以外 ()

4. 受診者及び受診者(保護者)と同じ医療保険に加入されている方は必ず全員ご記入ください。

(また、受診者を税法上の扶養にとっておられる方もご記入ください。)

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所(該当の場合☑を入れてください。)
	昭和 平成 令和 年 月 日	受診者	☐ 上記に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		☐ 受診者住所に同じ(住所の記入は不要です。)

※記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、受診者(保護者)住所・氏名欄は、提出分すべてにご記入ください。