

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書の記載について

- ① 新規・再認定・変更のいずれかに○をしてください。

(変更：自己負担上限額及び指定医療機関の変更認定の場合)

- ② 受診する方の氏名、フリガナ、性別、年齢、生年月日、個人番号、住所、電話番号を記入してください。
- ③ 受診者が18歳未満の場合は、保護者の氏名、受診者との関係、個人番号、住所、電話番号を記入してください。住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入してください。
- ④ 受診者の被保険者証の記号及び番号と保険者名を記入してください。
- ⑤ 受診者と同じ保険に加入している方の名前と個人番号を記入してください。
- ⑥ 該当すると思う所得区分に○をしてください。

(世帯の範囲は医療保険の加入単位となります。)

生保	生活保護世帯
低 1	市町村民税非課税世帯(本人収入≤80万円)
低 2	市町村民税非課税世帯(本人収入>80万円)
中間1	市町村民税額(所得割) < 3万3千円
中間2	3万3千円≤市町村民税額(所得割) < 2万3千5百円
一定以上	市町村民税額(所得割) ≥ 2万3千5百円

- ⑦ 以下の「重度かつ継続」の範囲にあてはまる場合は「該当」に○を、あてはまらない場合は「非該当」に○をしてください。

【「重度かつ継続」の範囲】

1. 医療保険の高額療養費で多数該当の者
2. ICD10における次の分類の者

F 0	症状性を含む器質性精神障害…認知症等
F 1	精神作用物質使用による精神及び行動の障害…薬物関連障害(依存症等)
F 2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
F 3	気分障害…躁うつ病、うつ病
G 4 0	てんかん

3. 3年以上の精神医療の経験を有する医師により、次の症状で計画的・集中的な通院医療を継続的に要する者。

- ・ 情動及び行動の障害
- ・ 不安及び不穏状態

- ⑧ 障害年金・老齢年金等の受給の有無、年金等の種類について該当する項目に○をしてください。
(市町村民税非課税世帯の場合は、年金改定通知書・年金振込通知書等の年金額を証明する書類を添付してください。)
- ⑨ 特別障害者手当等の受給の有無、手当の種類について該当する項目に○をしてください。
- ⑩ 受診を希望する指定自立医療機関(薬局、訪問看護を含む)を記入してください。
- ⑪ 再認定、再登録または変更申請する場合は現在の受給者番号及び有効期限を記入してください。
- ⑫ 精神障害者手帳を所持している方は番号及び有効期限を記入してください。
- ⑬ 再認定の方のみ記入してください。症状の変化により、「重度かつ継続」の該当・非該当を判定する必要がある場合には、「有」に○をしてください。
- ⑭ 診断書の添付状況について、該当する項目に○をしてください。再認定(2年目)の方で、治療方針に変更がない場合は「無」に○をしてください。
(※ 治療方針の変更がない限り、診断書の添付は2年に1度となります。)
- ⑮ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとします。