**第８号様式**（第６条関係）　　　　　　　　　　　　　　新

|  |
| --- |
| 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・県外からの転入）※１ |
| 対象者・対象児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 年　 月　 日 |
| フリガナ |  | 受診者電話番号 |  |
| 受診者住所 |  |
| 受診者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）※２ | フリガナ |  | 受診者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 負担額に関する事項※３ | 受診者の被保険者証の記号及び番号 |  | 受診者の被保険者証の保険者名 |  |
| 受診者と同一保険の加入者 |  |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 |  | 身体障害者手帳番号 |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含みます。） | 名称 | 所在地及び電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 自立支援医療費受給者番号　※４ |  |
| 治療方針の変更　※５ | 有　・　無 | 前回申請時における診断書の添付　※５ | 有　・　無 |
| 上記のとおり自立支援医療費（精神通院医療）の支給を申請します。高知県知事　様年　　月　　日申請者　氏名　※６　　　　　　　　　　　㊞ |

　※１　「（新規・再認定・変更・県外からの転入）」は、いずれか該当するものを○で囲んでください。変更の場合は、「対象者・対象児」欄及び変更のある事項のみを記入してください。

市町村受付印

センター受付印

２　「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。

３　「負担額に関する事項」欄は、生活保護受給中の場合も、被保険者証をお持ちの方は記入してください。

４　「自立支援医療費受給者番号」欄は、再認定又は変更の場合に記入してください。

５　「治療方針の変更」欄及び「前回申請時における診断書の添付」欄は、再認定の場合に記入してください。

６　申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ここから下の欄は、記入しないでください。 |  |
|  |  |

自治体記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 |  | 進達年月日 |  | 認定年月日 |  |
| 前回の所得区分 | 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 |
| 今回の所得区分 | 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 | 個人番号　　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（　　　　　　　　　） |
| 診断書の提出 | 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 |
| 前回の自立支援医療費受給者番号 |  | 前回の承認期間 | 年　　月末まで |
| 備考（変更の場合は、変更のある項目を記入し、自立支援医療受給者証を添付する。） |  |

|  |
| --- |
| 高知県精神障害者保健福祉手帳等判定会審査欄 |
| 委員名 |  | 審査結果 | 承認 ・ 不承認 | 重度かつ継続 | 該当 ・ 非該当 |

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援医療費支給認定 | 承認期間　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　・　不承認 |
| 負担上限額 |  | 重度かつ継続 | 該当　・　非該当 |

**第８号様式**（第６条関係）　　　　　　　　　　　　　　旧

|  |
| --- |
| 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） |
| 対象者・対象児 | フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| 受診者氏名 |  | 年　 月　 日 |
| フリガナ |  | 受診者電話番号 |  |
| 受診者住所 |  |
| 受診者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | 受診者との続柄 |  |
| 氏名 |  |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 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 |  | 受診者の被保険者証の保険者名 |  |
| 受診者と同一保険の加入者 |  |
| 受診者と同一保険の加入者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 |  | 身体障害者手帳番号 |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含みます。） | 名称 | 所在地及び電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 自立支援医療費受給者番号 |  |
| 治療方針の変更 | 有　・　無 | 前回申請時における診断書の添付 | 有　・　無 |
| 上記のとおり自立支援医療費（精神通院医療）の支給を申請します。高知県知事　様年　　月　　日申請者　氏名　　　　　　　　　　　㊞ |

注　１　「（新規・再認定・変更）」は、いずれか該当するものを○で囲んでください。変更の場合は、「対象者・対象児」欄及び変更のある事項のみを記入してください。

市町村受付印

センター受付印

２　「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。

３　「自立支援医療費受給者番号」欄は、再認定又は変更の場合に記入してください。

４　「治療方針の変更」欄及び「前回申請時における診断書の添付」欄は、再認定の場合に記入してください。

５　申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ここから下の欄は、記入しないでください。 |  |
|  |  |

自治体記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 |  | 進達年月日 |  | 認定年月日 |  |
| 前回の所得区分 | 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 |
| 今回の所得区分 | 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 | 個人番号　　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（　　　　　　　　　） |
| 診断書の提出 | 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 |
| 前回の自立支援医療費受給者番号 |  | 前回の承認期間 | 年　　月末まで |
| 備考（変更の場合は、変更のある項目を記入し、自立支援医療受給者証を添付する。） |  |

|  |
| --- |
| 審査会審査欄 |
| 委員名 |  |  |  |  |  |
| 審査結果 | 承認 ・ 不承認 | 承認 ・ 不承認 | 承認 ・ 不承認 | 承認 ・ 不承認 |  |
| 重度かつ継続 | 該当 ・ 非該当 | 該当 ・ 非該当 | 該当 ・ 非該当 | 該当 ・ 非該当 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援医療費支給認定 | 承認期間　　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　・　不承認 |
| 負担上限額 |  | 重度かつ継続 | 該当　・　非該当 |