

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※1

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------------|-----------------------|----|-----------------|----------|------------|---------------------------------------|--------|--|--|
| 障害者・児 | フリガナ 受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 | | | |
| | フリガナ 受診者住所 | | | | | 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 | | | | |
| | フリガナ 保護者住所 ※2 | | | | | 電話番号 ※2 | | | | |
| | 保護者個人番号 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| | 該当する所得区分 ※3 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | | | 重度かつ継続 ※4 | 該当・非該当 | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む） | 医療機関名 | | | | 所在地・電話番号 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 ※5 | | | | | | | | | | |
| 治療方針の変更 ※6 | 有・無 | | | 診断書の添付 ※6、※7 | 有・無 | | | | | |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 印 ※8</p> <p>平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿</p> | | | | | | | | | | |

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 継続申請（診断書の提出が2年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※7 前年度（1年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成22年4月支給認定分の申請から適用）
- ※8 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すること。

ここから下の欄に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 |
| 所得確認方法 | 個人番号 生活保護受給世帯の証明書 | 市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類（ | 市町村民税非課税証明書 | 標準負担額減額認定証 | |
| 前回の受給者番号 | | | 今回の受給者番号 | | |
| 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 | | | | |
| 備考 | | | | | |

自立支援医療費における寡婦（夫）控除等のみなし適用申請書

〇〇都道府県知事・〇〇市町村長 殿

(申請者) 住所 _____

氏名 _____

⑩ (自署又は記名押印)

私は、自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除等のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

※ 下記枠線内については、受診者・受診者の保護者（受診者が18歳未満の場合に限る）・受診者と同一保険の加入者のうち、寡婦（夫）控除等のみなし適用の要件を満たす方が記載してください。

私は、所得を計算する対象となる年の12月31日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます（該当番号を○で囲んで下さい。）。
1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていないもののうち、扶養親族又は生計を一にする子を有するもの
2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下であるもの
3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていないもののうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下であるもの

※ 上記の「現在婚姻をしていないもの」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない子に限ります。

私は、寡婦（夫）控除等のみなし適用に関して、〇〇都道府県・〇〇市町村が、寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 _____

⑩ (自署又は記名押印)

【添付資料】

- ・寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・上記の「子」の所得証明書（総所得金額等が分かるもの）

※ 「自立支援医療費支給認定申請書」の添付書類等で確認できる場合は、提出は不要です。

※ 所得の額の計算に必要な書類として、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

【注意事項（必ずお読みください。）】

- ・字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
- ・本申請書は、自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算にあたって、寡婦（夫）控除等のみなし適用を行うためのものであり、自立支援医療費の支給認定については、別途申請手続きが必要です。
- ・生活保護受給者、市町村民税非課税の方は対象外です。また、みなし適用を実施しても、結果として負担上限月額等が変わらない場合があります。
- ・記載内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除等のみなし適用を取り消され、当該申請に基づき適用された自己負担額の減額分の一部又は全額の返還を求められる場合があります。

| 自立支援医療受給者証（ 育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院 ） | | | |
|----------------------------------|--------------|-----------|-------------------------|
| 公費負担者番号 | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | |
| 受 診 者 | フリガナ | | 性別 生年月日 |
| | 氏 名 | | 男 ・ 女 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 |
| | フリガナ | | |
| | 住 所 | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | | 保険者名 |
| | 重度かつ継続 | 該当 ・ 非該当 | |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | フリガナ | | 続柄 |
| | 氏 名 | | |
| | フリガナ | | |
| | 住 所 | | |
| 指 定 医 療 機 関 名 | 病院・診療所 | | 所在地・電話番号 |
| | 薬 局 | | 所在地・電話番号 |
| | 訪問看護事業者 | | 所在地・電話番号 |
| 自己負担上限額 | 月額 | | 円 |
| 有効期間 | 平成 年 月 日 から | 平成 年 月 日 | まで |
| 上記のとおり認定する。 | | | |
| 平成 年 月 日 | 〇〇〇〇 知事 | 〇〇〇〇 市町村長 | 印 |

(裏面)

| 自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針） | |
|--------------------------------|-------|
| 公費負担の対象となる障害 | |
| 医療の具体的方針 | |
| 特定疾病療養受療証 | 有 ・ 無 |

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口へ提出すること。

| | |
|-----------|---|
| 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 |
|-----------|---|

※ 精神通院医療に限り支給認定時に実施した支給要件の確認方法を記載すること。

| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院） | | | | |
|--|---|---------------------------|-------|--------------------------|
| 受 診 者 | フリガナ | | | |
| | 氏 名 | | | |
| | 性 別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | |
| | 住 所 | | | |
| | | 明 治 大 正 昭 和 平 成 | 年 月 日 | |
| | | フリガナ | | |
| | | 住 所 | | |
| | | 個人番号 | | |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | | フリガナ | 続柄 | |
| | | 氏 名 | | |
| | | フリガナ | | |
| | | 住 所 | | |
| | | 個人番号 | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 平成 | 年 | 月 日 から 平成 |
| | | 年 | 月 日 | まで |
| 変 更 内 容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 | |
| | 受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号） | | | |
| | 保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号） | | | |
| | 被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者） | | | |
| | | 身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号 | | |
| 備 考 | | | | |
| 私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 | | | | |
| 届出者氏名 | | 印 | | |
| 平成 | | 年 | 月 日 | 〇〇〇 都道府県知事 〇〇〇 市町村長 殿 |

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

番
平成 年 月 日
号

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇〇 都道府県知事 印
〇〇〇〇 市町村長 印

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53条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他（ ）

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に〇〇〇〇 都道府県知事・〇〇〇〇 市町村長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇 都道府県・〇〇〇〇 市町村を被告として（訴訟において都道府県・市町村を代表する者は都道府県知事・市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁判の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

| 自立支援医療（育成医療）意見書 | | | | | | |
|--|--|--------|-------------|---------------|----------------|----------------|
| フリガナ 受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 昭和 平成 年 月 日 |
| 受診者住所 | | | | | | |
| 病名 | | 発症年月日 | | 平成 年 月 日 | | |
| 障害の種類 <small>（該当するものに○をつける）</small> | (1) 肢体不自由 (2) 視覚障害 (3) 聴覚・平衡機能障害 (4) 音声・言語・そしゃく機能障害 (5) 心臓機能障害 (6) 腎臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) 肝臓機能障害 (9) その他内臓障害 (10) 免疫機能障害 | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 入院治療期間 | 通院治療回数並びに期間 | 訪問看護予定回数並びに期間 | 日間 日間 日間 | 通算 日間 |
| | 医療費概算額 | 入院治療費 | 通院治療費 | 訪問看護等 | 円 円 円 | 計 円 |
| 移送費見込額 | | | | | | 円 |
| 医療費及び移送費合計額 | | | | | | 円 |
| 治療後における障害の回復状況の見込 | | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 平成 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師名 印 | | | | | | |

診 断 書 (精神通院医療用)

| | | | |
|--|--|----------------------------|-------|
| 氏 名 | | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳) | 男 ・ 女 |
| 住 所 | | | |
| ① 病名 (ICDコードは、F00～ F99, G40 のいずれかを 記載) | (1)主たる精神障害 _____ (2)従たる精神障害 _____ (3)身体合併症 _____ | ICDコード () ICDコード () | |
| ② 発病から現在まで の病歴(推定発病年 月、発病状況、治療 の経過等を記載) | | | |
| ③ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む) | | | |
| (1)抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () | | | |
| (2)躁状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 () | | | |
| (3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 () | | | |
| (4)精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 () | | | |
| (5)統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 () | | | |
| (6)情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 () | | | |
| (7)不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 () | | | |
| (8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型 () 頻度 () 2 意識障害 3 その他 () | | | |
| (9)精神作用物質の乱用、依存等 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他 () | | | |
| (10)知能・記憶・学習等の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 () | | | |
| (11)広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 () | | | |
| (12)その他 () | | | |

④ ③ の病状・状態像等の、具体的程度、症状、検査所見等

⑤ 現在の治療内容

1 投薬内容

2 精神療法等

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑥ 今後の治療方針

⑦ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

(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に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)

⑧ 備考

平成 年 月 日

医療機関所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

医師氏名(自署または記名捺印) _____

(この用紙は日本工業規格A列3番を標準とする。)

「重度かつ継続」に関する意見書(追加用)

| | |
|------|----|
| 患者氏名 | 性別 |
| 住所 | 年齢 |

主たる精神障害(ICD-10 に準じ該当する番号に○をつけ又は記載すること。)

- ① 症状性を含む器質性精神障害 (F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
- ④ 気分障害 (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他 : (F)

「主たる精神障害」が上記⑥ の場合のみ下記についても記載すること

医師の略歴 (精神保健指定医である等 3 年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう記載すること。)

医師氏名