

自立支援医療(精神通院医療)支給認定申請書(新規・更新・再申請・市外転入・変更・再交付)

(申請先) 横浜市長  
私は、次のとおり、自立支援医療の支給認定を申請します。  
この申請に関して、受診者及び受診者と同じ医療保険に属する世帯員全員の市民税の課税状況・収入状況、精神保健福祉手帳の取得状況、生活保護の受給状況及び横浜市国民健康保険の加入状況について、横浜市が調査・確認することに同意します。なお、この調査・確認にあたり、受診者が属する世帯員全員の同意も得ています。  
また、指定した医療機関等へ受給情報を提供することにも同意します。

申請者氏名※1  
(18歳未満の場合は保護者)

|                                                                                                     |                  |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|--|--|--|--------------|--|--|--|--------------|-------|--|--|--|--|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 個人番号<br>※2                                                                                          |                  |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 番号確認<br>身元確認                       | <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 番号通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民票<br>システムで確認<br><input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 精神障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 健康保険証・受給者証 |  |  |
| 受給者番号                                                                                               |                  |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 申請事由                               | <input type="checkbox"/> 新規<br><input type="checkbox"/> 更新<br><input type="checkbox"/> 再申請<br><input type="checkbox"/> 市外転入<br><input type="checkbox"/> 再交付(紛失・破損・その他)<br><input type="checkbox"/> 変更(住所・医療保険・所得区分・医療機関・その他)                                     |  |  |
| 受診者                                                                                                 | フリガナ             |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 生 年 月 日                            |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     | 氏 名              |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | M. T. R<br>S. H. 年 月 日             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     | 住 所              | (〒 - )                |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 申請に関する日中連絡先<br>TEL ( )             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 満受診<br>の診<br>場者<br>合が<br>18<br>歳<br>未                                                               | フリガナ             |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 申 請 書 を 提 出 し た 人※4                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     | 保護者氏名            | (個人番号 )(受診者との関係 )     |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | (受診者との関係 )                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     | 保護者住所<br>※3      | (〒 - )                |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 精神障害者保健福祉手帳<br>所有状況 持っている ・ 持っていない |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 希望送付先※5<br>(受診者住所と同一の場合<br>は記入不要)                                                                   | 住所               | (〒 - )                |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 有効期限                               | 年 月末                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
|                                                                                                     | 宛名               |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 申請書類                               | 手帳用<br>診断書 ・ 障害年<br>金証書                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                                     |                  |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 手帳番号                               |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 今日、精神障害者保健福祉手帳の申請予定が                                                                                |                  |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    | ある(別途、手帳用の申請書類の提出が必要です) ・ ない                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| 以下は前回申請と変更がある項目のみご記入ください。記入のない項目は内容の変更がないものとして取り扱います。<br>ただし、国民健康保険の方は変更のない場合も受診者と同一保険の加入者をご記入ください。 |                  |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 受診者の加入<br>する医療保険                                                                                    | 記 号              |                       |  |  |  | 番 号          |  |  |  |              | 保険者番号 |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     | 保険者名             |                       |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     | 受診者と同一<br>保険の加入者 | (個人番号 )(続柄 )          |  |  |  | (個人番号 )(続柄 ) |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     |                  | (個人番号 )(続柄 )          |  |  |  | (個人番号 )(続柄 ) |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 生活保護の受給状況                                                                                           |                  | 有 ( 実施機関<br>担当区 ) ・ 無 |  |  |  | 重度かつ継続<br>※6 |  |  |  | 申請する ・ 申請しない |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|                                                                                                     |                  | 医療機関等名称               |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  | 所在地                                |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 病院・診療所                                                                                              |                  | (変更・追加・削除)            |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 薬局                                                                                                  |                  | (変更・追加・削除)            |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 薬局                                                                                                  |                  | (変更・追加・削除)            |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| 訪問看護                                                                                                |                  | (変更・追加・削除)            |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
| デイケア                                                                                                |                  | (変更・追加・削除)            |  |  |  |              |  |  |  |              |       |  |  |  |  |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |

※1 申請者氏名(18歳未満の場合は保護者)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。  
※2 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施行規則第35条、第45条、第47条、第48条により申請書に記載する項目として規定されています。  
※3 受診者本人と異なる住所の場合に記入してください。  
※4 本人が提出する場合は記入不要です。  
※5 記載のない場合は受診者住所に送付します。  
※6 どちらかに○をしてください。○のない場合は申請するものとして取り扱います。  
(注)更新(診断書の提出が2年目)の場合で、治療方針に変更がある場合は、新たに診断書を提出する必要があります。(裏面あり)

※ 市民税非課税世帯の方は、次の収入申告書についてもご記入ください。

## 収入申告書

私は、自立支援医療（精神通院医療）支給認定にかかる申請をするにあたり、次のとおり前年（自立支援医療を受ける日の属する月が1月～6月である場合はその前々年）の収入を申告します。

| 前年（自立支援医療を受ける日の属する月が1月～6月である場合はその前々年）の収入                                                                           |       |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---|
| ① 公的年金等収入                                                                                                          |       |   |
| （1）老齢基礎年金、老齢厚生年金                                                                                                   | 有 ・ 無 | 円 |
| （2）障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、特別障害給付金等                                                              | 有 ・ 無 | 円 |
| ② 手当等収入<br>特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当                                                                        | 有 ・ 無 | 円 |
| ③ その他の収入<br>労災等による障害補償給付及び障害給付等                                                                                    | 有 ・ 無 | 円 |
| ④ 地方税法の合計所得金額<br>「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう                                                         | 有 ・ 無 | 円 |
| ※受診者本人（受診者が18歳未満の場合は保護者）の収入を記入してください。<br>※傷病手当は上記の収入には含まれません。<br>※①（1）および④については、横浜市税務システムで金額が確認できた場合は、そちらの金額を用います。 | 合計    | 円 |

世帯の特例に関する申請（国民健康保険に加入している人が対象となります。）

※世帯とは  
精神通院医療の「世帯」とは、住民票上の世帯にかかわらず、受診者と同じ保険に加入している方を「同一世帯」とみなします。

※世帯の特例とは  
受診者（配偶者がいる場合は配偶者を含む）が次の条件すべてに該当する場合は、受診者（配偶者がいる場合は配偶者を含む）のみを市民税非課税世帯として認定する制度です。

- 1 世帯が国民健康保険に加入している
- 2 受診者（配偶者がいる場合は配偶者を含む）が市民税非課税者である。
- 3 同一世帯に属するその他の家族に課税者がいる。
- 4 受診者（配偶者がいる場合は配偶者を含む）が税制上において「3」の課税者の扶養となっていない。

世帯の特例について、適用を希望する場合は、次の□にチェックしてください。

☐ 世帯の特例について、申請します。

事務処理欄

備考