

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

申請日 年 月 日

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)

印

個人番号 ※2										番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> システムで確認	
										身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <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 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 再申請 <input type="checkbox"/> 市外転入 <input type="checkbox"/> 再交付(紛失・破損・その他) <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 年 月 日 S. H.				
住所	フリガナ	(〒 -)					申請に関する日中連絡先				
	住所						TEL ()				
満受診者が18歳未満	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 ※3	フリガナ	(〒 -)					精神障害者保健福祉手帳				
	住所						所有状況 持っている ・ 持っていない				
希望送付先※5 (受診者住所と同一の場合は記入不要)	住所	(〒 -)					有効期限		年 月 末		
	宛名						申請書類		手帳用 診断書 ・ 障害年金証書		
							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。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)	(個人番号) (続柄)
生活保護の受給状況	有 (実施機関 担当区) ・ 無	重度かつ継続 ※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 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 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 「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。 ※傷病手当は上記の収入には含まれません。 ※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。

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、次の口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

記入例

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)

申請日 令和2年5月10日

受診者の個人番号(マイナンバー)カード等に記載されている個人番号をご記入のうえ、郵送申請の際にはその写しを同封してください。個人番号が不明の場合は空欄とし、個人番号カード等の写しの同封も省略して構いません。

定を申請し、まじ医療及び横あたり供する

申請書の記入日を記載してください。ただし、郵送申請の受理日は「申請日」ではなく「事務処理センターが書類を受領した日」となりますのでご注意ください。

・収入状況、精神保市が調査・確認するます。

申請者氏名※1 横浜 太郎 印 (18歳未満の場合は保護者)

Main application form with fields for personal number, address, name, birth date, and medical insurance status.

申請内容の確認や手続きの進捗状況を確認されたい際は、こちらにご記入いただいた電話番号へ折り返しご連絡差し上げることになります。

090(5555)5555 申請に関する日中連絡先

Additional form for medical insurance and medical facilities, including fields for insurance type, facility names, and locations.

※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
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
します。

郵送申請の場合は、非課税世帯の方であっても、事前に税申告を行っていることが必要です。申告先が横浜市外の場合は、申告先で非課税証明書を取得して同封してください。

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

①公的年金等収入			
(1) 老齢基礎年金、老齢厚生年金	有・ <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 有・無	780,000	円
②手当等収入 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・ <input type="radio"/> 無		円
③その他の収入 労災等による障害補償給付及び障害給付等	有・ <input type="radio"/> 無		円
④地方税法の合計所得金額 「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項金額をいう	有・ <input type="radio"/> 無		円
	合計	780,000	円

この部分に収入がある際は、その金額が確認できるもの（通知書、通帳等）をご用意ください。郵送申請の場合は、その写しを同封してください。

※受診者本人（受診者が18歳未満の場合は記入してください）

※傷病手当は上記の収入には含まれません

※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。

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。

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、次の口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。

【例1】

- ・受診者及び受診者の両親が同一国保に加入
 - ・受診者及び母は非課税者、父は課税者
 - ・父は受診者を税扶養にとっていない
- ⇒ 特例適用可能です。✓を入れてください。

【例2】

- ・受診者、受診者の妻及び受診者の両親が同一国保に加入
 - ・受診者及び母は非課税者、妻及び父は課税者
 - ・妻及び父は受診者を税扶養にとっていない
- ⇒ 特例適用不可能です。

事務処理欄

備考