

自立支援医療（精神通院）支給認定申請書（①新規・再認定・変更・追加）
精神障害者保健福祉手帳申請書

②申請年月日 年 月 日

北海道知事様
(市町村経由)

③申請書を提出した者
住所 〒
氏名

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並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき、

④ 自立支援医療費の支給認定(変更等) ・ 精神障害者保健福祉手帳の交付(変更等) を次のとおり申請します。

⑤申請内容	自立支援医療費支給認定 1 新規認定 2 再認定 3 変更(医療機関等・上限額) 4 追加														
	障害者手帳 1 新規交付 2 更新 3 障害等級変更 4 他都府県又は札幌市からの住所変更による手帳交付														
⑥医療受給者証(患者票)の受給者番号								障害者手帳の手帳番号							
既存の医療受給者証(患者票)の有効期限 年 月 日								既存の手帳の有効期限 年 月 日							
⑦受診者	フリガナ								生年月日		性別				
	氏名		(姓) (名)						印						
	住所		〒						電話番号						
	個人番号(マイナンバー)								() -						
⑧受診者が18歳未満の場合	フリガナ		生年月日				性別		続柄						
	保護者氏名		年 月 日				男・女		1. 父母 2. 兄弟姉妹 3. 祖父母 4. その他 ()						
	保護者住所		〒						電話番号						
	個人番号(マイナンバー)								() -						
⑨添付書類	1 医師の診断書 2 「世帯」に関する書類 3 「世帯」の所得に関する書類 4 年金証書の写し(級)・同意書														
	5 特別障害給付金受給資格者証等写し(級)・同意書 6 写真(縦4cm×横3cm)														
	7 障害者手帳の写し 8 その他 ()														
⑩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						
	フリガナ		生年月日		性別		住所		個人番号(マイナンバー)						
	氏名		年 月 日		男・女		〒								
	フリガナ		生年月日		性別		住所		個人番号(マイナンバー)						
	氏名		年 月 日		男・女		〒								
	フリガナ		生年月日		性別		住所		個人番号(マイナンバー)						
	氏名		年 月 日		男・女		〒								
	フリガナ		生年月日		性別		住所		個人番号(マイナンバー)						
	氏名		年 月 日		男・女		〒								
	フリガナ		生年月日		性別		住所		個人番号(マイナンバー)						
氏名		年 月 日		男・女		〒									
該当する所得区分				生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				高額治療継続者							
								該当・非該当							
⑪所管受等業務局・希望する看護医療機関	自立支援医療機関等名								所在地						
	・医療機関の変更(変更年月日 年 月 日)														
⑫保険の種類	10 被用者保険(本人)				20 被用者保険(家族)				30 国保一般						
	40 国保退職(本人)				50 国保退職(家族)				67 後期高齢						
	70 生活保護(福祉事務所)				90 その他(自費・)										
身体障害者手帳番号(交付されている方のみ)								療育手帳				有り(A ・ B)			
												⑬「世帯」の特例 ・ 申請します			
⑭	自立支援医療機関を追加する場合は、その理由を詳しく記入してください。														
⑮治療方針の変更				有 ・ 無				⑯診断書の添付				有 ・ 無			
⑰精神障害者保健福祉手帳と受給者証の有効期限を合わせるための受給者証有効期間の短縮								希望する ・ 希望しない							

支給認定等に係る審査において、診断書等の内容に疑義が生じた場合には、医師に直接照会することがあります。この場合、医師からの回答後に改めて審査を行うため、決定までに時間を要することがありますので、ご了承願います。
なお、北海道が診断書を記載した医師に照会することに同意されない場合には、審査が行えないことから不承認となることがあります。

回答欄 北海道が診断書を記載した医師に疑義照会を行うことに 1. 同意します 2. 同意しません (いずれかに○を付ける)

※市町村収受印				※保健所収受印				※整理番号			

申請書記入要領

① 申請の区分：該当するものを○で囲んでください。

新規 → 新たに自立支援医療を受けるため申請する場合

再認定 → 自立支援医療を受けているが、有効期間が切れるため更新をする場合

変更 → 月額上限負担額等を再認定する場合又は自立支援医療機関(薬局等を含む)を変更する場合(⑪欄に変更年月日を記入してください。)

追加 → 自立支援医療機関を追加する必要が生じたとき(⑭欄に具体的理由を記入してください。)

② 申請年月日：申請する日を記入してください。

③ 申請書を提出した者：申請者本人(受診者：18歳未満を除く)が提出する場合は、記入不要です。

④ 自立支援医療費の支給認定・精神障害者保健福祉手帳の交付 → 申請するものを○で囲んでください。

⑤ 申請内容：該当するものを○で囲んでください。

⑥ 受給者番号及び有効期間：再認定の場合は既に交付されている受給者証で確認してください。

⑦ 受診者の氏名・生年月日・性別・住所・電話番号・個人番号(マイナンバー)：記入してください。

⑧ 受診者が18歳未満の場合：保護者の氏名・住所電話番号・受診者との続柄を記入してください。

⑨ 添付書類：申請書と一緒に提出する書類に○を付けてください。また、該当項目がない場合には「その他」に記入してください。

⑩ 負担額に関する事項

(1) 受診者の被保険者証の記号及び番号・保険者名：保険証を見て記載してください。

(2) 受診者と同じ保険の加入者：医療を受ける方と同じ保険に加入している全ての方の氏名・生年月日・性別・住所・個人番号(マイナンバー)を記入してください。

(3) 該当する所得区分

↓ (ア) から順番に進んでいき、該当した所得項目を○で囲んでください。

(ア) 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護を受給していますか。

・受給している：「生保」に○

・受給していない：(イ)へ進む

(イ) 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税(均等割か所得割のいずれか又は両方)が課税されていますか。

・課税されていない：(ウ)へ進む(市町村民税非課税証明書をご用意ください。)

・課税されている：(エ)へ進む(市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。)

(ウ) 自立支援医療を受診する方の収入が80万円以下ですか。(自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合は、その保護者の収入が保護者全員それぞれ80万円以下ですか。)(※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額)

・80万円以下：「低1」に○

・80万円を超える：「低2」に○

(エ) 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方が納めている市町村民税額(所得割のみ)は、以下のどの金額に該当しますか。

・市町村民税額(所得割) 3万3千円未満：「中間1」に○

・市町村民税額(所得割) 23万5千円未満：「中間2」に○

・市町村民税額(所得割) 23万5千円以上：「一定以上」に○

(4) 「高額治療継続者」(※下記参照)に該当しますか。(なお、下記の疾病以外の方は主治医にご相談ください。)

・該当する：「高額治療継続者」の「該当」に○

・該当しない：「高額治療継続者」の「非該当」に○

※ 「高額治療継続者」の対象範囲

① 疾病等…症状性を含む器質性精神障害、精神作用物質による精神及び行動の障害、統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害、気分(感情)障害、てんかん及び3年以上の精神医療の経験を有する医師によって計画的、かつ集中的、継続的な通院医療を要すると判断された者

② 医療保険の高額療養費で多数該当の方…過去1年以内に高額療養費制度を3回以上受けた方

⑪ 受診を希望する医療機関：現在受診している(又は受診を希望する)医療機関・薬局・訪問看護ステーション等の名称及び住所を記入してください。なお、医療機関コードについては記入不要です。

⑫ 保険の種類：該当する保険の種類の番号を記入してください。

⑬ 「世帯」の特例について

・受診者(及びその配偶者)が同一の「世帯」に属する親・兄弟・子どもの税制上の扶養控除の対象となっておらず、かつ、医療保険上の被扶養者となっていない場合、別「世帯」とみなす取り扱いができます。(選択制)

・特例を認める対象：受診者(及びその配偶者)が市町村民税非課税である一方、これ以外に同一の「世帯」に属する者が市町村民税課税であるときのみ。

上記の条件を満たし、特例を申請したい場合は「申請します」を○で囲んでください。

⑮ 治療方針の変更：継続申請の方は、主治医に確認して記載してください。

⑯ 診断書の添付：前年度の申請に係る診断書の添付状況に○をしてください。

注意事項

1 この申請書は、受診者のお住まいの市町村窓口に提出してください。

2 「申請書を提出した者」及び「受診者」の氏名欄に署名した場合は、押印を省略できます。

3 自立支援医療の新規認定又は再認定申請の場合は、医師の診断書を添付してください。なお、再認定申請の場合は、現に交付されている医療受給者証を必ず添付してください。添付書類等により「世帯」及び所得(＝課税状況)等の確認ができない場合は、支給の認定のために市町村で確認する場合があります。(同意書が必要となります)

4 障害者手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請の場合は、①医師の診断書又は②障害年金の年金証書の写し(障害年金の年金証書の写し及び直近の障害年金の振込(支払)通知書の写し)又は特別障害給付金受給資格者証等の写し及び直近の振込通知書、③写真(新規交付の場合：縦4cm横3cm。脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したもの。)を添付してください。なお、更新に伴う新たな手帳の交付又は障害等級変更の場合など、別途写真が必要となる場合があります。また、②の書類を添付された場合は、障害等級等の判定のために、年金事務所等に対し、年金の障害等級を照会することがありますので同意書が必要となります。

5 ※欄は、市町村及び保健所で記入しますので、記入しないでください