記載例

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定（新規・再認定・変更）申請書※

（障害者・児）受診者

フリガナ			生年月日
受診者氏名	年齢	歳	年　月　日
受診者住所・電話番号		電話番号（　　）　－	
既存の受給者番号（現在お持ちの証）		既存の受給者証の有効期限（現在お持ちの証）	元号　年　月　日
個人番号			
受給者証等送付先	〒 ※上記受診者住所と同一の場合は記載不要です。		

医療を受ける方の名前を記入してください

申請内容に○をつけてください

受診者が18歳未満の場合

フリガナ		受診者との関係	
保護者氏名			
保護者住所・電話番号	〒	電話番号（　　）　－	
保護者個人番号			

医療を受ける方が加入している被保険者証の記号及び番号を記入してください

医療を受ける方が加入している保険者名を記入してください

届出者の連絡先（届出者が上記受診者又は受診者の保護者の場合のみ）	届出者氏名	電話番号（　　）　－

□　グループホームへの入居等により、受給者証に記載の住所が現住所でないため、備考欄に現住所の記載を希望します。（居住地特例のため）

保険に関する事項

受診者の加入医療保険の記号・番号		保険者名
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）・60 後期高齢者医療・70生活保護（　区保健福祉部）・90その他（　　）	
受診者と同一保険の加入者（受診者からみた続柄）	（　　） 個人番号	（　　） 個人番号
	（　　） 個人番号	（　　） 個人番号

医療を受ける方と同じ健康保険に加入している方全ての氏名を記入してください

世帯特例	□　下記のいずれにもあてはまるため、健康保険上の世帯ではなく、受診者（及びその配偶者）のみの世帯とすることを申請します。 （○を付けてください。） ・受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない。 ・受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者になっていない。

月額負担上限額に関する事項

下記の1～6のいずれかあてはまるものに○を付けてください。

1	受診者が生活保護受給世帯に属する。	
2	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、受診者の収入（障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む。）が基準額以下（受診者が18歳未満の場合は、保護者全員の収入がそれぞれ基準額以下）	2・3を選択した方は、裏面の「年金・手当等の有無」についても記入してください。
3	受診者が市町村民税非課税世帯に属し、2以外の者	
4	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の市町村民税所得割の合計が3万3千円未満	
5	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の市町村民税所得割の合計が3万3千円以上23万5千円未満	
6	受診者が市町村民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の市町村民税所得割の合計が23万5千円以上	

上記4、5、6を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○を付けてください（該当がない場合は記入不要です。）。

□	同一世帯で、過去12か月以内にすでに高額療養費の支給があった月が3か月以
□	統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物 精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断した疾病に該当する者

手帳をお持ちの方は、記入してください。

精神障害者保健福祉手帳番号		有効期限	元号　年　月　日

□　手帳と有効期限を合わせるため、受給者証の有効期間を短縮することを希望します。

希望する場合、チェックしてください

受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護・精神科デイケアを含む。）※現在、利用されている医療機関等	医療機関名	所在地・電話番号
	病院・クリニック	（　－　）
	デイケア	（　－　）
	薬局　□院内 □院外（	院外の場合のみ記入 （　－　）
	訪問看護	（　－　）

複数申請するのであれば、全て記入してください

医療機関の追加（デイケア・訪問看護）がある場合は、「有」に○をつけてください

治療方針の変更	有　・　無	診断書の添付	有　・　無

（あて先）札幌市長　　年　月　日

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
また、月額自己負担上限額の認定のため、自立支援医療の申請及び利用する間、同一世帯全員の住民税課税額・所得税の状況及び各種医療保険、各種年金等の受給状況の加入状況等について貴職が調査することに同意します。
このほか、本申請の結果について、必要があるときは診断書を作成した医療機関に情報提供することに同意します。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄　　）
※申請者と同一の場合は記入不要です。

＜区記入欄＞

受付	
NO	

※　変更（自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定）の場合、受診者欄及び変更のある欄のすべてを記入してください。

（裏面もございます。）

（裏面もございます。）

市町村民税 控除の有無 （※　市町村民税 課税世帯のみ） 該当する場合、チェックしてください	市町村民税の住宅借入金等特別税額控除の有無について、次のとおり申告します。 ☐　受けている　　☐　受けていない 寄付金税額控除の有無について、次のとおり申告します。 ☐　受けている　　☐　受けていない 除を受けている場合は、「市民税・道民税　特別徴収税額の決定・変更通知書」 等、控除額の内訳が確認できる書類を提出してください。

16歳～18歳の
控除対象扶養親族に
関する申告
（※　市町村民税
課税世帯のみ）

対象の方全てを記入してください

所得税法上の扶養親族のうち、自立支援医療の支給を申請する年の前年（申請月が1～6月の場合は前々年）の12月31日時点の年齢が16～18歳であった者について下記のとおり申告します。

	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	住所（別居の場合）
1				同　・　別	
2				同　・　別	
				同　・　別	
4				同　・　別	

年金・手当等の有無
（※　市町村民税
非課税世帯のみ）

該当するものにチェックし、金額を記入してください

自立支援医療費の支給を申請する年の前年（申請月が1～6月の場合は前々年）において、受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者それぞれ）に係る年金及びその他収入について次のとおり申告します。

≪年　金≫	☐ 無
	☐ 有（　☐ 老齢年金　【　　円/年】　☐ 障害年金（　　級）　【　　円/年】 ☐ 遺族年金　【　　円/年】　☐ 特別障害給付金　【　　円/年】） ※年金を受けている方は、年金を支給している機関について、以下から該当するものを〇で囲んでください。 （複数の場合あり） 1．日本年金機構　2．国家公務員共済組合連合会　3．地方職員共済組合 4．地方職員共済組合団体共済部　5．公立学校共済組合　6．警察共済組合 7．東京都職員共済組合　8．全国市町村職員共済組合連合会 9．日本私立学校振興・共済事業団 ※　ご不明な場合は、年金証書の写しや振込通知書の写し等、受けている年金額などがわかる書類の提出でも手続き可能です。
≪手　当≫	☐ 無
	☐ 有（　☐ 特別障害者手当　【　　円/年】　☐ 特別児童扶養手当【　　円/年】　）
≪その他≫	☐ 無
	☐ 有（　☐（　　）【　　円/年】　）

☐　職員が、顔写真つきの身分証1点　または　顔写真なしの身分証2点にて本人確認（身元確認）を行った。（マイナンバー記載の場合のみ）

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。