

自立支援医療費（精神通院医療）の申請書類

申請には次の書類が必要です。なお、有効期間は1年間となり、有効期限の3か月前から再認定申請ができます。

1 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

- ・利用する指定医療機関等の名称、所在地、電話番号の記入欄があるので、わかるものを準備してください。

2 意見書（自立支援医療 精神通院医療用）

- ・指定医療機関の医師が、申請日の3か月以内に作成したものが有効です。
- ・再認定の場合、前回の申請で意見書を添付していれば、添付は不要です。受給者証をご確認ください
- ・診断書（精神障害者保健福祉手帳用）を添付して行う精神障害者保健福祉手帳の申請と同時申請の場合、診断書（精神障害者保健福祉手帳用）内に自立支援医療についての記載があれば意見書（自立支援医療 精神通院医療用）の添付は不要です。
- ・初めて申請する人で、診断書（精神障害者保健福祉手帳用）を添付して交付された精神障害者保健福祉手帳をお持ちの場合、意見書（自立支援医療 精神通院医療用）の添付を省略できる場合があります。

3 保険証等のコピー（A4用紙で2部）

- 社保
- 北本市国保
- 後期高齢者医療
- 国民健康保険組合（国保組合） → 同世帯の加入者全員分
- 生活保護受給者 → 受給証 ※社保併用の場合は、社保の保険証のコピーも併せて提出

申請者（受診者）分のみ

4 同意書

- ・障害年金や遺族年金を受給している場合の受給額記入欄があります

5 マイナンバー（個人番号）利用のための確認書類

- ・マイナンバー（個人番号）が確認できる書類（マイナンバーカード等）と書類を提出する人の身元確認書類（運転免許証等）が必要です。

6 精神障害者保健福祉手帳 ※すでに持っている人のみ

7 自立支援医療受給者証（精神通院医療） ※すでに持っている人のみ

※ 申請から受給者証発行までにはおおよそ1か月半～2か月かかります。

※ 受給者証の内容が変更となる場合には手続きが必要です。市役所窓口で変更の申請を行ってください。

※ 有効期限満了に伴う事前の再認定申請の案内はしていませんので受給者証の有効期間を必ず確認してください。

【受付場所】

北本市役所 障がい福祉課（1階6番窓口）

〒364-8633 北本市本町 1-111 電話 048-594-5504（直通）

月曜日～金曜日（祝日を除く）の8時30分～17時15分の間に手続きをお願いします。

申請の内容に○を付ける

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規 **再認定・変更**） ※1 県提出用

受診者	フリガナ	マルソウ	イチロウ	生年月日	明治・大正・昭和・平成	令和	年齢								
	氏名	丸総 一郎		〇〇年〇〇月〇〇日	〇	△	△								
	住所	〇〇〇市 △△△町1-2		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1

医療を受ける者の氏名を記入

「1丁目2番3号」は「1-2-3」と記載する「大字」や「字」の表記は省略する

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	記号	1△△/北本	番号	1	2	3	4	5	6	7	保険種別
	受診者と同一保険の加入者	氏名	丸総 一夫	個人番号								
	氏名	丸総 彩子	個人番号									

受診者が18歳未満の場合のみ記入

受診者の被保険者証の記号、番号及び保険者名を左づめで記入（被保険者証を見て確認）

受診者の保険証の記載が被扶養者（家族）→被保険者の氏名
受診者が国保/後期高齢/国保組合→同一保険の加入者全員の氏名
受診者の保険証の記載が被保険者（本人）→記載不要

精神障害者保健福祉手帳番号	0	1	2	0	△	△	手帳の有効期間満了日	R3年9月末日	受給者番号	3	△	5	△	7	△	9
---------------	---	---	---	---	---	---	------------	---------	-------	---	---	---	---	---	---	---

受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者を含む。）	医療機関の名称	所在地・電話番号	医療機関コード※2
	<病院・診療所>	〇〇病院（通+デイケア）	通院の医療機関と同じ施設でデイケアや訪問看護を利用する場合は通+デイケアと記入
	<薬局>（院内処方の場合は、記入不要）	〇〇薬局 ××店	〇〇市△△町1234-567 TEL：〇〇〇-△△△-〇〇〇〇

△△訪問看護ステーション

【再認定申請の場合に記入】 受給者証の記載により確認する

【有効期間の変更申請の場合にのみ記入】

前年度の申請書への意見書（診断書）の添付 ※3	有	無	希望する有効期間の満了日 ※4	令和	年	月	末日
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。							收受印
R3年 〇〇月 △△日							
(宛先) 埼玉県知事							
申請者(受診者)氏名							
丸総 一郎							

※1 新規・再認定・変更（自己負担限度額、指定自立支援医療機関及び有効期間の変更申請の場合）のいずれかに○をしてください。
 ※2 〇の部分には記入不要です。
 ※3 再認定の方（現在の有効期間に引き続いて申請する場合）のみ該当する区分に○をしてください。
 ※4 1年未満の有効期間を希望する方のみ記入してください（受給者証の有効期間を変更申請により短縮して、自立支援医療費（精神通院医療）の再認定申請と精神障害者保健福祉手帳の申請とを同時に行いたい場合）。
 (注) 1 申請時には意見書（自立支援医療精神通院用）を添えて（変更申請の場合を除く）、居住地の市町村の窓口に申請してください。
 2 本申請と手帳の交付申請を同時に行う場合には、手帳の交付申請書に所定の診断書を添付することにより、本申請書への意見書の（自立支援医療精神通院用）の添付を省略することができます。

自治体記入欄 ここから下の欄には記入しないでください。

受理年月日	年	月	日	整理番号	進達年月日					
前回所得区分	生保	中国	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	中国	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
添付書類	医療保険被保険者証の写	今年度申請書への意見書（診断書）の添付の有無	有	無	治療方針の変更	有	無			
所得確認書類	市町村民税課税証明書・市町村民税非課税証明書・標準負担額減額認定証・生活保護受給世帯の証明書・自立支援医療における「世帯」構成員の所得割額証明書・その他（ ）									
コード1	受給者番号	有効期限	令和	年	月	末日				
コード2	手帳番号	有効期限	令和	年	月	末日				
変更申請内訳	※変更申請の場合、該当するものに○をつける。新規・再認定を含め、複数該当する場合、申請ごとに申請書が必要です。医療機関変更・医療機関追加・所得区分変更・有効期間変更									
手帳同時申請の有無	有（診断書・証書）	無	備考	2か所通院有 居住地特例有（ ）						