

自立支援医療（精神通院）支給認定申請書（兼同意書）（新規・再認定・変更・市外転入）※1															名古屋市			
受診者	フリガナ											年齢	歳	生年月日				
	氏名													明治・大正 昭和・平成 令和	年	月	日	
	住所	〒 -										電話番号	()					
	個人番号																	
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※2	〒 -										電話番号※2	()					
	保護者個人番号																	
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						
	受診者と同一保険の加入者											☐ 扶養控除見直し前の旧税額計算対象に該当（16～18歳の扶養親族者数）人						
	受診者と同一保険の加入者の個人番号											☐ 寡婦（夫）控除みなし適用対象世帯該当						
	該当する所得区分※3	生保 ・ 世帯1 ・ 世帯2 ・ 世帯3 ・ 世帯4 ・ 世帯5										高額治療継続※3	該当 ・ 非該当					
受給者番号※4								現受給者証の有効期限※4				年 月 日						
☐ 現受給者証の有効期間短縮を希望（精神障害者保健福祉手帳の有効期限と同一の期限とするため）								再認定後の受給者証の有効期限				年 月 日						
精神障害者保健福祉手帳番号※5												手帳の有効期限※5				年 月 日		
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関（薬局・訪問看護事業者）名称										所在地				電話番号			
															()			
															()			
															()			
前年度（1年目）の申請時に係る診断書の添付 ※6								有 ・ 無		治療方針の変更 ※7				有 ・ 無				
連絡先（受診者住所以外に連絡先があれば記入）		〒 -										電話番号				()		
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 なお、必要な場合は、名古屋市において市民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報（必要に応じ、世帯員分を含む）及び生活保護受給状況を確認されることに同意します。 申請者（受診者）氏名 印 ※8 (受診者が18歳未満の場合は保護者) 令和 年 月 日 (あて先) 名古屋市長																		

※1 新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更の場合）・市外転入のいずれかに○を付けてください。
氏名や住所、被保険者証に関する事項など記載事項の変更の場合は、この申請書ではなく、変更届に記載してください。

※2 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※3 「所得の区分に関するチェックシート」を参照し、該当すると思う区分に○を付けてください。

※4 再認定・変更・市外転入の場合に記入してください。（市外転入の場合は有効期限のみ記入してください。）

※5 精神障害者保健福祉手帳を所持している場合は記入してください。

※6 再認定の場合に記入してください。

※7 診断書を添付しない場合に記入。☒

※8 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄	手帳同時	添付書類（手帳申請）	年金 ・ 診断書	文書番号(手帳申請)：
前回所得区分	生保 ・ 世帯1 ・ 世帯2 ・ 世帯3 ・ 世帯4 ・ 世帯5			高額治療継続 該当 ・ 非該当
今回所得区分	生保 ・ 世帯1 ・ 世帯2 ・ 世帯3 ・ 世帯4 ・ 世帯5			高額治療継続 該当 ・ 非該当
所得確認書類	市町村民税(課税・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 その他収入等を証明する書類()			
今回の診断書の提出	1年目（医療用） ・ 1年目（手帳用） ・ 2年目（診断書無）			
備考				