|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | 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）  　　　　　　　　　　　　　　　　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おいては、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

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

所得確認

書類

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

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

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）：