

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

市 町 収 受 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に基づく自立支援医療費の

※ 該当する申請区分に○をしてください。

- [1 新規認定 2 再認定 3 認定内容変更 4 県外(広島市を含む)からの住所変更による認定]

障害者・児	フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	年齢	歳
	受診者氏名			〒	電話 ()		
	受診者住所			※1 上記住所が住民票と異なる場合、住民票上の住所を記入してください。			
※1 個人番号							
の受診者が18歳未満の場合に記入	フリガナ			受診者との関係			
	保護者氏名			〒	電話 ()		
	保護者住所			※受診者と同じ場合は記入不要です。			
※1 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			
	フリガナ						
	受診者と同一保険の加入者						
	※1 受診者と同一保険の加入者個人番号			← 受診者と同一保険の加入者が2名以上の場合は、「世帯調書」に記入してください。			
該当する所得区分	生保等・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		
※2 (太線) 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)	医療の内容	医療機関名		所在地			
	① 主たる医療			〒	電話 ()		
	② デイケア			〒	電話 ()		
	③ 薬局			※記入省略(各都道府県又は指定都市が指定する指定薬局を利用できます。)			
	④ 訪問看護			〒	電話 ()		
⑤			〒	電話 ()			
精神障害者保健福祉手帳番号			自立支援医療費受給者番号				
精神障害者保健福祉手帳有効期限	年 月 日		自立支援医療受給者証有効期限	年 月 日			
病状の変化等(有・無)	前回申請時における診断書兼意見書の添付(有・無)		添付書類				
※病状及び治療方針の変更の有無を選択してください。			私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。(受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。)				
申請者氏名 _____			1 医師の診断書兼意見書 2 自立支援医療受給者証の写し 3 世帯調書 4 被保険者証の写し 5 生活保護の受給が確認できるもの 6 支援給付の受給が確認できるもの ※3 7 市町村民税が確認できるもの 8 収入が確認できるもの 9 医療保険多数該当が確認できるもの 10 ()				
年 月 日			広島県知事 様				
自立支援医療受給者証の送付先(○印)			〒 _____ 電話 ()				
1 申請者 2 家族 3 医療機関			住所				
(2又は3に○の場合は、右欄も記入してください。)			氏名				

※1 個人番号及び申請者の身元を確認できるものが必要です。

(個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等)

※2 認定内容の変更に係る申請の場合、太線の枠内は変更する箇所のみを記入してください。

※3 支援給付とは、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年第30号)による支援給付のことです。

〈 該当する所得区分と重度かつ継続のチェックシート（精神通院） 〉

○ 受診者が属する「世帯」についての質問に順次答えながら記入してください。

(以下の質問中の「世帯」とは、受診者と同一の医療保険に加入している方全員をいいます。ただし、受診者が18歳未満の場合、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受診者と受給者を同一の「世帯」とみなします。)

問1 受診者が属する「世帯」は、生活保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付の認定を受けていますか。

- 受けています ⇒ 「生保等」に○をしてください。
- 受けていません ⇒ 問2へ。

問2 受診者が属する「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。

- 課税されていません ⇒ 問3へ。（市町村民税の非課税状況が分かる書類をご用意ください。）
- 課税されています ⇒ 問4へ。（市町村民税の課税状況が分かる書類をご用意ください。）

問3 受診者の収入は80万円以下ですか。（受診者が18歳未満の場合にはその保護者全員それぞれの収入が80万円以下ですか。）

(※収入とは①国民年金、厚生年金、共済年金等公的年金、②障害年金、障害手当金、障害給付金、障害補償、特別児童扶養手当、特別障害者手当等給付等、③合計所得金額（公的年金等を受給する者は、合計所得金額から公的年金等の所得（公的年金等の収入－公的年金等控除額）を控除した額）の①～③を合計した額です。「世帯調書」を参照しながら収入額が分かる書類をご用意ください。)

- 80万円以下です ⇒ 「低1」に○をしてください。
- 80万円を超えています ⇒ 「低2」に○をしてください。

問4 受診者が属する「世帯」（国民健康保険又は後期高齢者医療制度の場合は被保険者全員、国民健康保険及び後期高齢者医療制度以外の場合は被保険者や組合員、など）に課税されている市町村民税所得割額の合計額は、以下のどの金額に該当しますか。

- 市町村民税所得割額の合計額は 3万3,000円未満 です ⇒ 「中間1」に○をしてください。問5へ。
- 市町村民税所得割額の合計額は 3万3,000円以上23万5,000円未満 です ⇒ 「中間2」に○をしてください。問5へ。
- 市町村民税所得割額の合計額は 23万5,000円以上 です ⇒ 「一定以上」に○をしてください。問5へ。

問5 「重度かつ継続」（次の「重度かつ継続」の対象範囲を参照してください。）に該当しますか。

- 該当すると思います ⇒ 「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
- 該当しないと思います ⇒ 「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- ① ・ F 0 症状性を含む器質性精神障害
- ・ F 1 精神作用性物質使用による精神及び行動の障害
- ・ F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- ・ F 3 気分障害
- ・ G40 てんかん
- ・ その他 精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した方
(詳しいことは、現在通院中の医療機関の主治医にお尋ねください。)
- ② 医療保険の多数該当の方

所得区分の概念図

一定所得以下		中間所得層		定所得以上	
[生保等]	[低1]	[低2]	[中間1]	[中間2]	[一定以上]
生活保護世帯等	市町村民税 非課税世帯	市町村民税 非課税世帯	市町村民税 < 3万3,000	3万3,000 ≤ 市町村民税 < 23万5,000	23万5,000 ≤ 市町村民税
	本人収入 ≤ 80万	本人収入 > 80万	(所得割)	(所得割)	(所得割)
所得区分① 負担0円	所得区分② 負担上限月額 2,500円	所得区分③ 負担上限月額 5,000円	所得区分④ 負担上限月額 医療保険の自己負担限度額		所得区分⑤ 公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)
			重 度 所得区分④' 負担上限月額 5,000円	か つ 所得区分④' 負担上限月額 10,000円	継 続 所得区分⑤' 負担上限月額 20,000円

(注1) 市町村民税非課税世帯の本人収入は、受診者が18歳未満の場合は保護者全員それぞれの収入額になります。

(注2) 所得区分⑤' は令和6年3月31日までの経過措置です。

世 帯 調 書

自立支援医療費(精神通院)支給認定用

R3.4 改 訂 版

1枚目 …… 市町提出用

2枚目 …… センター提出用

申請者住所： _____

申請者氏名： _____

受診者氏名： _____

記載年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

【調査・確認への同意について】

自立支援医療の申請に係る私及び私が属する世帯構成員の市町村民税の課税状況（申請を行う年の1月1日現在申請を行う市町に住所を有する人に限ります）、生活保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付（以下「支援給付」という。）受給の有無（福祉事務所を設置している市町のみ）及び国民健康保険又は後期高齢者医療制度加入情報について、市（町）が必要と認める場合にはその所有する個人情報により調査・確認することに同意します。また、この調査・確認にあたり私が属する世帯構成員の同意も得ています。

申請者氏名： _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 市（町）長 様

下表の記入にあたり、別紙【世帯調書 記入上の注意点】をご確認ください。

世帯構成員 氏名等	被保険者 (○印を 記入)	生活保護又は 支援給付 受給の有無	市町村民税非課税世帯 の該当・非該当の状況		受診者本人(保 護者)の収入額	市町村民税 所得割額	【市町記入欄】 左欄の確認方法
			世帯構成員	世帯			
(受診者本人)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 被保険者証の写し
(申請者本人・保護者)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯であることがわかる書類の写し
(保護者) (個人番号)		<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 該当			<input type="checkbox"/> 支援給付受給世帯であることがわかる書類の写し
(世帯員)		<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 非該当	/		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であることがわかる書類
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 市町村民税額の課税状況がわかる書類
(世帯員)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 市町村民税の扶養控除の状況がわかる書類
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> 職権により確認
(世帯員)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				<input type="checkbox"/> その他
(個人番号)			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税				
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							
(個人番号)							
(受診者と異なる医療保険に加入する保護者)							
(個人番号)							
(上記の合計金額)							

ここから下には記入しないでください

【市(町)記入欄】

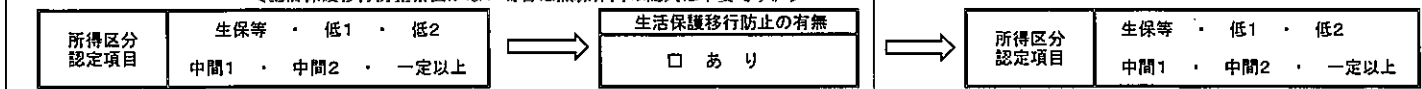
所得区分	該当する内容	認定項目
生活保護等	生活保護受給世帯又は支援給付受給世帯	生保等
低所得1	市町村民税非課税世帯かつ受診者本人（保護者全員のそれぞれ）の収入額 ≤ 80万円	低 1
低所得2	市町村民税非課税世帯かつ受診者本人（保護者全員のそれぞれ）の収入額 > 80万円	低 2
中間所得層1	世帯構成員の市町村民税所得割額の合計額 < 3万3,000円	中間1
中間所得層2	3万3,000円 ≤ 世帯構成員の市町村民税所得割額の合計額 < 23万5,000円	中間2
一定所得以上	23万5,000円 ≤ 世帯構成員の市町村民税所得割額の合計額	一定以上

市町確認年月日

市町確認者 職・氏名

印

<生活保護移行防止措置がない場合は点線枠内の記入は不要です。>



【世帯調書 記入上の注意点】

- 1 「世帯構成員」とは、同一の医療保険に加入している人をいいます（ただし、受診者が18歳未満の場合、受診者と受給者が同一の医療保険に加入していない場合であっても、受給者を「世帯構成員」とみなします。）。
国民健康保険又は後期高齢者医療制度では世帯全ての被保険者を、国民健康保険及び後期高齢者医療制度以外の場合は被保険者を構成員として記入してください。
- 2 記入表において、申請者が受診者本人の場合は申請者本人欄への記入は不要です。
ただし、申請者が保護者（受診者が18歳未満）の場合には、申請者本人・保護者欄に該当する人を記入してください。
保護者とは、児童福祉法第6条に規定する親権を行う者、未成年後見人その他の者で児童を現に監護する者をいいます。
- 3 被保険者欄には被保険者に○印を記入してください。
国民健康保険又は後期高齢者医療制度の場合は世帯構成員全員が被保険者になります。
- 4 生活保護世帯又は支援給付受給世帯の場合は、生活保護開始決定通知書及び生活保護受給証明書等又は支援給付決定通知書などにより該当・非該当にレ印をつけてください。
- 5 市町村民税課税状況については、申請をする年度の額を記入してください。
申請時に未確定の場合は、前年度の額を記入してください。
- 6 市町村民税非課税世帯の場合は、市町村民税非課税世帯がわかる書類により該当・非該当にレ印をつけてください。また受診者本人の収入額をあわせて記入してください。
受診者本人が18歳未満の場合は、受診者本人の収入額は保護者全員それぞれの収入額になります。受診者本人の収入額欄には記入を行わないで、保護者の収入額欄にそれぞれ収入額を記入することとし、この場合のみ加入している医療保険に関わらず全ての保護者の収入額を記入してください。

受診者又は保護者の収入額とは、①地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額（公的年金等の所得（公的年金等の収入－公的年金等控除額）を控除した額）、②所得税法第35条第2項第1号に規定する国民年金、厚生年金、共済年金等公的年金等の収入金額、③厚生労働省令で定める障害年金、遺族年金、障害手当金、障害一時金、特別障害給付金、障害補償、障害給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当等給付の①～③を合計した額です。
この場合、年金証書、振込通知書、特別児童扶養手当等の証書等により、収入額がわかる書類の写しを添付してください。
- 7 市町村民税非課税世帯でない世帯は、市町村民税課税証明書などにより被保険者の市町村民税所得割額を記入し、合算額を合計金額欄に記入してください。
- 8 世帯の特例の認定要件は、世帯は市町村民税課税世帯であるが、受診者本人及びその配偶者が市町村民税非課税であること。なおかつ受診者本人及びその配偶者以外の世帯構成員が、受診者及びその配偶者を市町村民税上の各種扶養控除の対象としていないことが必要です。
この場合は、受診者本人及び配偶者氏名を○で囲み、世帯構成員の市町村民税の扶養控除の状況がわかる書類を添付してください。

市 町 収 受 印

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		明・大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 - 電話 ()	
	※ 個人番号		
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	住 所	〒 - 電話 ()	
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		年 月 日 から	年 月 日 まで
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)		
	精神障害者保健福祉手帳番号		
備 考			
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">広島県知事様</p>			

(注意) 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更が必要なので自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(認定内容変更)により申請してください。

※返還(郵送)年月日	年 月 日
------------	-------

※ 個人番号を確認できるものが必要です。(個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書)

自立支援医療受給者証（精神通院）再交付申請書

市 町 収 受 印

受 診 者	フリガナ											生 年 月 日
	氏 名											明・大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 - 電話 ()										
	※ 個人番号											
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリガナ											続 柄
	氏 名											
	住 所	〒 - 電話 ()										
	個人番号											
自立支援医療費受給者番号												
発行済受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで										
再交付の理由 (○印をつけてください)		具体的に理由を記入してください										
		1 破った 2 汚した 3 紛失した										
<p>私は、自立支援医療受給者証の再交付を、上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">広島県知事様</p>												

自立支援医療受給者証の送付先 (○印をつけてください)	住 所	〒 - 電話 ()
1 申請者 2 家族 3 医療機関		
2又は3に○の場合は、右欄も記入してください。	氏 名	

※ 個人番号を確認できるものがが必要です。(個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等)

診断書兼意見書 (精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療兼用)

氏名	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (歳)
住所					
① 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99, G40のいずれかを記載してください。ただし、精神症状のないてんかんについては、Gコードを使用してください。)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード ()				
	(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード ()				
	(3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳 (有・無, 種別 級) (精神障害の治療又は症状に起因するもの)				
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	診断書作成医療機関の初診年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
③ 発病から現在までの病歴, 治療の経過及び内容 (推定発病年月, 発病状況, 初発症状, 治療の経過, 治療内容等を記載する。)	(推定発病時期 年 月頃)				
	* 器質性精神障害 (認知症を除く。) の場合, 発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 年 月 日)				
④ 現在の病状, 状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)					
(1) 抑鬱状態	1 思考・運動抑制 2 易刺激性・興奮 3 憂鬱気分 4 その他 ()				
(2) 躁状態	1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他 ()				
(3) 幻覚妄想状態	1 幻覚 2 妄想 3 その他 ()				
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()				
(5) 統合失調症等残遺状態	1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()				
(6) 情動及び行動の障害	1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他 ()				
(7) 不安及び不穏	1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他 ()				
(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害)	1 てんかん発作 発作型 (), 頻度 (回/月又は 回/年), 最終発作 (年 月 日)				
	2 意識障害 3 その他 ()				
	* 発作型は, 次の「イ・ロ・ハ・ニ」で記入してください。頻度は, 過去2年間について記入してください。 イ 意識障害はないが, 随意運動が失われる発作 ロ 意識を失い, 行為が途絶するが, 倒れない発作 ハ 意識障害の有無を問わず, 転倒する発作 ニ 意識障害を呈し, 状況にそぐわない行為を示す発作				
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等	1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他 () ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害 (状態像を該当項目に再掲すること。) エ その他 () 現在の精神作用物質の使用 有・無 (不使用の場合, その期間 年 月から)				
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	1 知的障害 (精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳 (有・無, 等級等) 2 認知症 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他 ()				
(11) 広汎性発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他 ()				
(12) その他 ()					

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度，症状，検査所見等

(④で○をされた病状等について，生活への影響や支障を詳しく具体的に記載してください。)

〔検査所見：検査名，検査結果，検査時期〕（例えば，認知症の場合は長谷川式等の検査結果を記載してください。)

⑥ 現在の治療内容（自立支援医療費申請の場合に記載してください。)

1 投薬内容 ()

2 精神療法等 ()

3 訪問看護指示の有無 (有・無)

⑦ 今後の治療方針（自立支援医療費申請の場合に記載してください。)

⑧ 現在の障害福祉サービス等の利用状況

(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に規定する自立訓練（生活訓練），共同生活援助（グループホーム），居宅介護（ホームヘルプ），その他の障害福祉サービス，訪問指導，生活保護の有無等)

⑨ 備考

⑩，⑪については，手帳の申請を行う場合に記載してください。

⑩ 生活能力の状態（保護的環境ではなく，例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する。)

1 現在の生活環境

入院・入所（施設名)
・在宅（ア単身 ・イ家族等と同居） ・その他 ()

2 日常生活能力の判定（該当する箇所に○をしてください。)

	できる	できるが 援助が必要	援助が あればできる	できない
(1) 適切な食事摂取	自発的に	自発的に		
(2) 身の清潔保持，規則正しい生活	自発的に	自発的に		
(3) 金銭管理と買物	適切に	おおむね		
(4) 通院と服薬（要・不要）	適切に	おおむね		
(5) 他人との意思伝達・対人関係	適切に	おおむね		
(6) 身の安全保持・危機対応	適切に	おおむね		
(7) 社会的手続や公共施設の利用	適切に	おおむね		
(8) 趣味・娯楽への関心，文化的 社会的活動への参加	適切に	おおむね		

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで，どれか一つを○で囲んでください。)

- (1) 精神障害を認めるが，日常生活及び社会生活は普通にできる。
- (2) 精神障害を認め，日常生活及び社会生活に一定の制限を受ける。
- (3) 精神障害を認め，日常生活に著しい制限を受けており，時に応じて援助を必要とする。
- (4) 精神障害を認め，日常生活に著しい制限を受けており，常時援助を必要とする。
- (5) 精神障害を認め，身の回りのことはほとんどできない。

⑪ ⑩の具体的程度，状態（就学，就労状況を含む。）等

⑫ 自立支援医療費の意見書において，主たる精神障害のICDコードを「F00～F39，G40」以外と判断された医師にお聞きします。（精神保健指定医の場合は(1)に○をしてください。その他の場合は，()内に3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるよう略歴の記載をお願いします。)

(1) 精神保健指定医である。 (2) その他 ()

上記のとおり，診断します。

年 月 日

医療機関の名称
医療機関所在地診療担当科名
医師氏名 電話番号

同 意 書

私は、自立支援医療費（精神通院）支給認定を受けるため、私が貴都道府県（政令指定都市）へ自立支援医療費（精神通院）を申請した際の診断書の写しのほか必要事項について、広島県へ提供されることに同意します。

各都道府県知事・政令指定都市市長 様

年 月 日

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

前住所 _____

保護者 （申請者が18歳未満の場合）

住 所 _____

氏 名 _____