様式第２号（第２条関係）

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・更新・再申請・変更）※1

受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年　月　日
	受診者氏名				
	受診者住所	〒	電話番号		
			個人番号		
	電子メール				
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との続柄		
	保護者氏名				
	保護者住所※2	〒			
	電話番号※2		保護者個人番号		
	電子メール※2				
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	フリガナ			
		氏名			
		個人番号			
	該当する所得区分※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者※4	該当　・　非該当	
精神障害者保健福祉手帳番号			有効期限	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）	医療機関名		所在地		
	病院・診療所				
	病院・診療所				
	薬局				
	訪問看護事業者				
受給者番号※5			有効期限	年　月　日	
病状の変化及び治療方針の変更※6	有　・　無		前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付※6,※7	有（医療用・手帳用）・無	

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

兵庫県知事　様

年　月　日　　申請者氏名　　※8

※1　新規・更新・再申請・変更のいずれかに○をする。変更の場合、県外からの転入又は所得区分、医療機関の変更について、この様式を使用。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。　　※3、4　裏面チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5　更新、再申請、変更の場合に記入。　　※6　更新の方のみ記入。
※7　前年（前回）の申請に係る診断書(写)の添付状況に○をする。
※8　申請者氏名は、受診者が18才未満の場合、申請者は保護者を記入。

ここから下の欄は記入しないでください

自治体記入欄

申請受付年月日 受付機関名		精神保健福祉センター収受年月日	
前回所得区分	生保・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・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
所得確認方法	個人番号　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　その他収入等を証明する書類（　　）		
受給者番号		認定年月日	
次回診断書の要否	要　・　不要	※手帳所持者の次回診断書要否については、よくご確認ください。	
備考			

依　　頼　　書

市町長　様

私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私の収入及び世帯に属する市町村民税等の調査を依頼します。

年　　月　　日

申請者氏名

〈　所得の区分に関するチェックシート　〉

※自立支援医療制度における「世帯」とは受診者と同一医療保険で認定されている範囲です。

○　自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関しての質問

1　自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
・受けている：「生保」に○をしてください。
・受けていない：2へ

2　自立支援医療を受診する方が属する「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。
・課税されていない：3へ（市町村民税非課税証明書をご用意ください。）
・課税されている：4へ（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）

3　自立支援医療を受診する方の収入が82万6千5百円以下ですか。（自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ82万6千5百円以下ですか。）
（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
・82万6千5百円以下：「低1」に○をしてください。
・82万6千5百円を超える：「低2」に○をしてください。

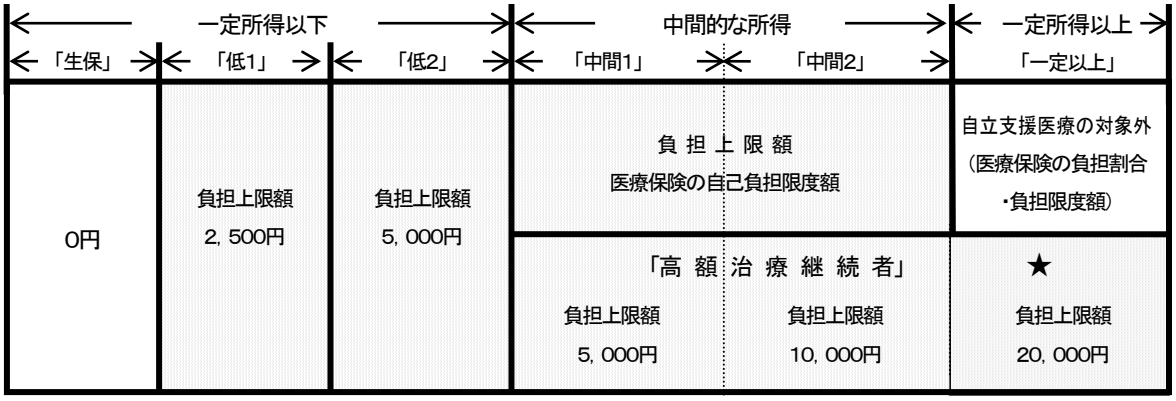
4　自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている方(※)が納めている市町村民税額（所得割のみ）の合計額は、以下のどの金額に該当しますか。
※例：健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員
・市町村民税額（所得割）3万3千円未満：「中間1」に○をしてください。
・市町村民税額（所得割）3万3千円以上23万5千円未満：「中間2」に○をしてください。
・市町村民税額（所得割）23万5千円以上：「一定以上」に○をしてください。

5　「高額治療継続者」（※下記参照）に該当しますか。
・該当する：「高額治療継続者」の「該当」に○をしてください。
・該当しない：「高額治療継続者」の「非該当」に○をしてください。

※　「高額治療継続者」の対象範囲

① 精神通院医療・・・症状性を含む器質性精神障害（F0）、　精神作用物質使用による精神及び行動の障害（F1）、　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）、　気分障害（F3）、　てんかん（G40）
その他　3年以上の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された方
※　詳しくは、現在通院中の医療機関の主治医にお尋ね下さい。

② 医療保険の高額療養費で多数該当の方



★　高額治療継続者かつ市町村民税の所得割額が23万5千円以上の世帯に属する者（一定以上の該当）の負担上限額を2万円とした支給認定期間は、令和9年3月31日までです。