

(様式第1号)

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1										※2		<input type="checkbox"/> 期限切れ新規 <input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望	
受診者・児	フリガナ							年齢	生年月日				
	氏名							歳	年 月 日				
	住所	郵便番号 —						電話番号	( ) —				
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受信者との関係					
	保護者氏名							電話番号 ※5	( ) —				
	保護者住所 ※3	郵便番号 —											
	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	※保険証の写を添付				
	受診者と同一保険の被保険者名 ※4	※保険証の写を添付											
	個人番号												
	障害年金・遺族年金等受給の有無 ※5	無・有 [ 障害年金 ( 級 ) ・遺族年金 ]						※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付					
	特別児童扶養手当等受給の有無	無・有 [ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ]						※手当の受給者証等確認できる書類(写を持参して下さい)。					
	該当する所得区分 ※6	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※7	該当 ・ 非該当				
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 ・ 電 話 番 号						
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	〔番号〕 [有効期間] 年 月 日						精神障害者保健福祉手帳番号						
治療方針の変更 ※9	有						前年度の申請に係る診断書の添付状況 ※10		有 ・ 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。 年 月 日 申請者氏名 ※11 沖縄県知事 殿													

## 市町村記入欄

所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	低1、低2の場合記入	受給者の合計所得金額	円
			公的年金等の収入金額	円
			障害年金等の金額	円
			特別児童扶養手当等の金額	円
			合計金額	円
備考				

## 県記入欄

重度かつ継続	該当 ・ 非該当						④' ④'' ⑤'...重度かつ継続に該当の場合	
認定所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上						月額負担上限額	円
	①	②	③	④'	④''	④	⑤'	⑤
	↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ↓ ① ② ③ ④' ④'' ④ ⑤' ⑤						認定年月日 確認印	年 月 日 印

( ① 審査用 )

(様式第1号)

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1										※2		<input type="checkbox"/> 期限切れ新規 <input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望	
受診者・児	フリガナ							年齢	生年月日				
	氏名							歳	年 月 日				
	住所	郵便番号 —						電話番号	( ) —				
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受信者との関係					
	保護者氏名							電話番号 ※5	( ) —				
	保護者住所 ※3	郵便番号 —											
	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被保険者名 ※4	※2人目からは、別紙に記入してください。											
	個人番号												
	障害年金・遺族年金等受給の有無 ※5	無・有		障害年金 ( 級 ) ・遺族年金				※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付					
	特別児童扶養手当等受給の有無	無・有		特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過福祉手当 ・ 特別児童扶養手当				※手当の受給者証等確認できる書類の写を持参して下さい。					
	該当する所得区分 ※6	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※7	該当・非該当				
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・電話番号						
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	〔番号〕		〔有効期間〕				年 月 日	精神障害者保健福祉手帳番号					
治療方針の変更 ※9	有		前年度の申請に係る診断書の添付状況 ※10				有・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。 年 月 日 申請者氏名 ※11 沖縄県知事 殿													

## 市町村記入欄

所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	低1、低2の場合記入	受給者の合計所得金額	円
			公的年金等の収入金額	円
			障害年金等の金額	円
			特別児童扶養手当等の金額	円
			合計金額	円
備考				

## 県記入欄

※記入欄		該当・非該当						④' ④'' ⑤'…重度かつ継続に該当の場合					
認定所得区分	重度かつ継続	生保	・ 低1	・ 低2	・ 中間1	・ 中間2	・ 一定以上						
		↓	↓	↓	↙	↘	↘						
		①	②	③	④'	④''	④	⑤'	⑤				
								月額負担上限額		円			
								認定年月日 確認印		年 月 日 印			

( ② 保健所控 )

(様式第1号)

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1										※2		<input type="checkbox"/> 期限切れ新規 <input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望	
受診者・児	フリガナ							年齢	生年月日				
	氏名							歳	年 月 日				
	住所	郵便番号 —						電話番号	( ) —				
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受信者との関係					
	保護者氏名							電話番号 ※5	( ) —				
	保護者住所 ※3	郵便番号 —											
	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被保険者名 ※4							※2人目からは、別紙に記入してください。					
	個人番号												
	障害年金・遺族年金等受給の有無 ※5	無 ・ 有 [ 障害年金 ( 級 ) ・ 遺族年金 ]						※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付					
	特別児童扶養手当等受給の有無	無 ・ 有 [ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ]						※手当の受給者証等確認できる書類の写を持参して下さい。					
	該当する所得区分 ※6	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上						重度かつ継続 ※7	該当 ・ 非該当				
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 ・ 電 話 番 号						
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	〔番号〕 〔有効期間〕 年 月 日						精神障害者保健福祉手帳番号						
治療方針の変更 ※9	有						前年度の申請に係る診断書の添付状況 ※10	有 ・ 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。 年 月 日 申請者氏名 ※11 沖縄県知事 殿													

## 市町村記入欄

所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	低1、低2の場合記入	受給者の合計所得金額	円
			公的年金等の収入金額	円
			障害年金等の金額	円
			特別児童扶養手当等の金額	円
			合計金額	円
備考				

## 県記入欄

重度かつ継続	該当 ・ 非該当						④' ④'' ⑤'...重度かつ継続に該当の場合	
認定所得区分	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	月額負担上限額	円
	①	②	③	④'	④''	④	⑤'	⑤
	↓	↓	↓	↓	↓	↓	認定年月日 確認印	年 月 日 印

( ③ 市 町 村 控 )

(様式第1号)

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1				※2	<input type="checkbox"/> 期限切れ新規 <input type="checkbox"/> 同時申請(精神障害者保健福祉手帳) <input type="checkbox"/> 同時申請での残存期間の破棄希望
受診者・児	フリガナ		年齢	生年月日	
	氏名		歳	年 月 日	
	住所	郵便番号 —	電話番号	( ) —	
	個人番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 100%; height: 100%; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> </div> <div style="width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div>			
受診者満者が場合18 歳未満	フリガナ		受信者との関係		
	保護者氏名		電話番号 ※5	( ) —	
	保護者住所 ※3	郵便番号 —			
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被保険者名 ※4	※2人目からは、別紙に記入してください。			
	個人番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="width: 100%; height: 100%; background: repeating-linear-gradient(45deg, transparent, transparent 2px, black 2px, black 4px);"></div> </div> <div style="width: 100%; height: 100%; background: linear-gradient(to top right, transparent 49%, black 49%, black 51%, transparent 51%);"></div> </div>			
	障害年金・遺族年金等受給の有無 ※5	無・有 [ 障害年金 ( 級 ) ・遺族年金 ]		※年金改定通知書(写)、年金払込通知書(写)または年金が振り込まれる通帳(写)を添付	
	特別児童扶養手当等受給の有無	無・有 [ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 経過的福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ]		※手当の受給者証等確認できる書類の写を持参して下さい。	
	該当する所得区分 ※6	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続 ※7	該当・非該当
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 ・ 電 話 番 号		
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	〔番号〕		〔有効期間〕		精神障害者保健福祉手帳番号
治療方針の変更 ※9	有	前年度の申請に係る診断書の添付状況 ※10		有・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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>年 月 日</span> <span>申請者氏名</span> <span>印 ※11</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <span>沖縄県知事 殿</span> </div>					

※6 所得区分	※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)のいずれかに○をする。
生 保 : 生活保護世帯	※2 該当する場合に記入(☑)してください。
低 1 : 市町村民税非課税 本人収入80万円以下	※3 受診者本人と異なる場合に記入してください。
低 2 : 市町村民税非課税	※4 健康保険など被用者保険の加入者は被保険者のみ、国民健康保険または後期高齢者医療制度の加入者は被保険者全員を記入して下さい。
中 間 1 : 市町村民税額(所得割)3万3千円未満	※5 受給開始時期が前年または当年の場合は、その時期(○年○月受給開始)を余白に記入して下さい。
中 間 2 : 市町村民税額(所得割)23万5千円未満	※6 該当すると思う区分に○をつけて下さい。(左を参照)
一定以上 : 市町村民税額(所得割)23万5千円以上	※7 医療機関等に確認し、記入して下さい。(左を参照)
※7 高額治療継続者(重度かつ継続)に該当する者	・所得区分が生保、低1、低2の方は記入する必要はありません。
① 医療保険の多数該当の者	※8 再認定又は変更の方のみ記入してください
② ICD-10における次の分類の者	※9 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう)で治療方針の変更のある方のみ記入
③ F0、F1、F2、F3、G40 ※12	※10 前年度(1年目)の申請に係る診断書の添付状況に○をする
3年以上の精神医療の経験を有する医師の判断により、次の症状で集中的治療を継続的に必要とする者	※11 申請者氏名については、自筆による署名とします。
・情動及び行動の障害	※12 F0:症状性を含む器質性精神障害、 F1:精神作用物質使用による精神及び行動の障害、 F2:統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、 F3:気分障害、 G40:てんかん
・不安及び不穏状態	

( ④ 申請者 控 )