

第2号様式（第2条関係）

（表）

自立支援医療費
（精神通院医療）
支給認定変更申請書

精神保健福祉センター記入欄		
所得区分	重度継続の追加申請の適否	複数医療機関の適否
生保・生保減免 低1・低2・中間1 中間2・一定以上	該当・非該当	該当・非該当

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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第56条第1項の規定により、自立支援医療（精神通院医療）支給認定に関する〔指定自立支援医療機関・負担上限月額に関する事項〕の変更について申請します。

受診者	フリガナ 氏名							生年月日	年 月 日			
	住所	〒 奈良県						電話番号 ()				
	個人番号											
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）</small>	フリガナ 氏名							受診者との続柄				
	住所	〒 奈良県						電話番号 ()				
	個人番号											
変更内容	指定自立支援医療機関	主たる受診先 名称 所在地 電話番号	変更前						変更後			医師の指示の有無 <small>（精神保健福祉センター記入欄）</small>
		調剤薬局 名称 所在地 電話番号										
	訪問看護 名称 所在地 電話番号											
	デイ・ナイトケア 名称 所在地 電話番号											
	検査 名称 所在地 電話番号											
	所得区分 <small>（保険の種類別）</small>											
	健康保険に関する事項	受診者と同一保険の他の加入者	氏名							受診者の属する健康保険に係る被保険者証の記号及び番号		
			個人番号							記号	番号	番号
	添付書類 <small>（○印）</small>	1 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の原本 2 所得を証する書類 （1）自己負担上限額の変更を伴う保険の種類の変更の場合 ア 被保険者情報が確認できる書類等の写し イ 市町村民税額又は生活保護受給中を証する書類 ウ 重度かつ継続に関する意見書（追加用） （2）所得区分が、中間1、中間2又は一定以上に変更になる場合 重度かつ継続に関する意見書（追加用） 3 複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）						自立支援医療受給者証（精神通院医療）等を添付できない理由 例：紛失、継続申請中、変更届出中等 ()				
		◆希望始期を記入してください。ただし、遡及は市町村受理日以前1か月以内の日（記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。）						年 月 日			精神保健福祉センター記入欄 年 月 日	

- （注）1 変更内容欄は、変更する内容の項目ごとに、変更前後についてそれぞれ記載してください。
2 受給者証の原本を添付してください。添付できない場合は、その理由を記載してください。
3 デイケア等は主たる受診医療機関がデイケア等の承認を受けていない場合に、検査は脳波計等の医療機関が主たる受診医療機関にない場合に限りです。
4 主たる受診医療機関の複数指定を希望される場合は、主たる受診医療機関の欄を分割して記入してください。この場合、複数医療機関の指定に関する意見書（自立支援医療費（精神通院）用）の添付が必要です。
5 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
6 太線枠内及び※の欄は、申請者は記載しないでください。（※の欄及び裏面は、市町村が記入してください。）

(裏)

※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	重度かつ継続 該当 ・ 非該当
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書	
	<input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類	
	<input type="checkbox"/> 課税画面確認 <input type="checkbox"/> 年金受給額のわかる書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	
手帳同時申請時に記入	<input type="checkbox"/> 手帳同時申請 <input type="checkbox"/> 手帳同時申請 (期間調整)	

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元 (実存) の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本 (法定代理人の場合) 2 委任状 (任意代理人の場合) 3 その他 ()

同 意 書

(宛先) 奈良市長

私は、障害者自立支援医療給付に係る申請にあたり、その認定のために奈良市職員が私及び私の世帯員若しくは同一医療保険加入者の収入状況を確認するため、市民税関係公簿、生活保護受給者台帳、健康保険等、国民健康保険及び後期高齢者医療保険の加入状況、並びに必要なに応じて他の関係公簿を閲覧すること、並びに必要なに応じて個人番号を利用することについて同意します。なお、以上の内容については、下表の者にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

受診者 住所 奈良市

氏名 _____ (自署又は記名押印)

受診者が18歳未満の場合

氏名(保護者) _____ (自署又は記名押印)

1. すべての受診者にお聞きします。※受診者が18歳未満の場合は保護者の年金受給状況をお答えください。

- ・何か年金を受給していますか？ (はい ・ いいえ)
 - ・年金の種類は何ですか？ (老齢年金 ・ 障害年金 ・ 遺族年金)
 - ・年金金額は年間82万6,500円を超えていますか？ (はい ・ いいえ)
- 「いいえ」とお答えの方は、年間の年金額を教えてください。(_____ 円)

2. 社会保険 又は 奈良市以外の国民健康保険 の加入者は以下をご記入ください。

被保険者氏名：(_____)

加入医療保険者名称 (例 ○○健康保険組合等)：(_____)

3. 生活保護受給中の方は、受給決定市町村名をご記入ください。(いずれかに☑)

奈良市 奈良市以外 (_____)

4. 受診者及び受診者(保護者)と同じ医療保険に加入されている方は必ず全員ご記入ください。

(また、受診者を税法上の扶養にとっておられる方もご記入ください。)

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	住所 (該当の場合☑を入れてください。)
	昭和 平成 令和 年 月 日	受診者	<input type="checkbox"/> 上記に同じ (住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ (住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ (住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ (住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ (住所の記入は不要です。)
	昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 受診者住所に同じ (住所の記入は不要です。)

※記入欄が足りないときは、複数枚にご記入ください。その場合、受診者(保護者)住所・氏名欄は、提出分すべてにご記入ください。