様式1

記入例　再認定

該当の申請種類に〇を付ける
例：再認定（更新）申請の場合　再認定

申請書の記入日を記載してください。ただし申請の受理日は「申請日」ではなく「区役所が書類を受領した日」となりますのでご注意

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1

申請日　令和 5年 10月 10日

神戸市長　宛

私は、次のとおり、自立支援医療費の支給認定（新規・再認定・変更）を申請します。
この申請に関して、受診者及び受診者と同じ医療保険に属する世帯員全員の市民税の課税状況、生活保護の受給状況、国民健康保険の加入状況、基礎年金番号、特別障害者手当等手当の受給状況、精神障害者保健福祉手帳の交付状況、及び指定医療機関の担当医師が把握する受診者の病状等疾病の状況を神戸市長が調査・確認することに同意します。また、支給認定結果について指定医療機関に通知することに同意します。なお、この調査・確認にあたり、受診者が属する世帯員全員の同意も得ています。

（注）同意欄については、申請者本人が記入することが難しい場合は、世帯を代表する方の氏名でも結構です。

同意欄	
氏名	神戸　太郎

受診者名を記入
＊18歳未満の場合は被保険者

受診者			
フリガナ	コウベ　タロウ	生年月日	明・大・昭・平・令　40年 1月 1日生
氏名	神戸　太郎	個人番号	— —
住所	〒 651 - 0016 神戸市中央区橘通3丁目4番1号	電話	（090）999-9999

生年月日　和暦で記入

申請に関する日中つながる連絡先を記入

受診者を保険上で扶養する保護者名を記入

保護者（受診者が18才未満の場合のみ記入）		
フリガナ / 氏名		続柄（受診者との関係）
個人番号	— —	
住所	〒 —	電話（　） —

医療保険の世帯主または被保険者の税法上の扶養者数をご記入ください。住民票が別の場合は ☑ を入れてください

税法上の扶養親族（※課税のみ）							
税法上の扶養親族のうち、前々年（前年）12月31日時点で0～18歳の方について記載願います。※1～6月申請は前々年分、7～12月申請は前年分所得の課税	医療保険の世帯主または被保険者の税法上扶養者数	0～15歳	人	住民票 □別	16～18歳	人	住民票 □別
	医療保険の世帯員（下記）の税法上扶養者数	0～15歳	人	住民票 □別	16～18歳	人	住民票 □別

健康保険組合・共済組合・全国健康保険協会の方は上記と同じ人数
国民健康保険　長寿医療（後期高齢）は、同じ保険に加入

受診者が加入する医療保険等				
被保険者証の記号及び番号	9999-9999	生活保護の受給状況	有（実施機関　　）・ 無	
保険者名	（神戸株式会社）	国民健康保険（組合）・ 健康保険組合 全国健康保険協会・共済組合・長寿医療		
被保険者※2 フリガナ 氏名（続柄） 生年月日 個人番号	コウベ　タロウ 神戸　太郎 明・大・昭・平・令　40年 1月 1日 — —	（　） 明・大・昭・平・令　年 月 日 — —	（　） 明・大・昭・平・令　年 月 日 — —	（　） 明・大・昭・平・令　年 月 日 — —

国民健康保険　単身の場合は（国保単身）と記入

健康保険組合・共済組合・全国健康保険協会は被保険者について記入
国民健康保険　長寿医療（後期高齢）は、同じ保険に加入する世帯全員に

受診者と同一の医療保険加入者のうち、医療保険の保険料算定対象者※3が納めている市町村民税額（所得割のみ）は、23万5千円未満（非課税を含む）である。	□ はい ☑ いいえ	高額治療継続者	☑ 該当 □ 非該当

精神障害者福祉手帳をお持ちの方は記入

精神障害者保健福祉手帳	神戸　県・市　第 999999 号	有効期間	令和4年10月1日～ 令和6年9月 30日

病院名は正確に略さずに記入
薬局は支店名まで記入
住所　電話番号を正確に

受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・病院・診療所・訪問看護ステーション） 薬局は、支店名までご記入ください。		指定自立支援医療機関名	所在地・電話番号	備考
	①	神戸クリニック	神戸市中央区橘通3丁目1－1	
	②	神戸薬局中央店	神戸市中央区橘通3丁目1－2	
	③			
	④			
	⑤			

自立支援医療（精神通院）の受給者番号　有

受給者番号※4	9999999（有効期限 R5年 9月 1日）	病状の変化及び治療方針の変更※5	有 ・ 無

今回の申請にかかる診断書要件を〇で囲む
＊医療用診断書（1年目）手帳用診断書（1年目）は診断書必要

診断書等の添付	医療用診断書（1年目・2年目）　手帳用診断書（1年目・2年目）　その他

※1　変更（指定自立支援医療機関、自己負担上限額及び医療の具体的方針の変更）申請の場合は、変更する欄をすべて記入してください。
※2　自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者・組合員（本人）のみ（被扶養者（家族）は除く）、国民健康保険の場合は一緒に国民健康保険に加入している方（被保険者）全員について、記入してください。
※3　自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合は被保険者・組合員（本人）のみ、国民健康保険の場合は一緒に国民健康保険に加入している方（被保険者）全員のことです。
※4　新規に申請する場合は記入する必要はありません。再認定又は変更申請する場合は、自立支援医療受給者証を添付してください。
※5　更新の方のみ記入してください。