

# 自立支援医療費(精神通院)支給認定兼補助申請書・ 受給者証(記載事項変更・返還)届・再交付申請書

※保健センター收受印

## I 障害者総合支援法に基づく自立支援医療費支給の※1

- 〔 1 新規認定 ・ 2 再認定(※2) ・ 3 広島市外からの転入  
4 変更(認定内容変更・記載事項変更)(※3) ・ 5 返還(※4) ・ 6 再交付(※4) 〕

## II 広島市精神障害者通院医療費補助条例に基づく通院医療費の補助を〔 ・ 申請する 〕

(IIは広島市以外に住民票を置かれている申請者の方や、他の制度により医療費の自己負担のない受診者の方は申請できません。)

受診者	フリガナ					大・昭・平・令※1	年	月	日	年齢	歳
	氏名	(変更前)				生	年	月	日		
	住所	(変更前)				電話	( )				
	個人番号	※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。									
満 受 診 者 が に 18 歳 入 未	フリガナ					受診者との関係	個人番号				
	保護者氏名	(変更前)				(変更前)					
	保護者住所 ※5	(変更前)				電話	( )				
		※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。									
自立支援医療等受給者証等の送付先	宛名 ※5				区分 ※1	1 申請者 2 主たる医療 3 訪問看護 4 保護者 5 その他 ( )					
	住所 ※5	( )				電話	( )				
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訪問看護				電話 ( )						
	④薬局	(院外処方せんで利用する場合)			電話 ( )						
				電話 ( )							
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	(変更前)				保険者名 (変更前)					
	受診者と同一保険の加入者	(変更前)									
	受診者と同一保険の加入者個人番号										
	該当する所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上					重度 継続	該当 ・ 非該当			
精神障害者 保健福祉手帳 (級)	有効期限	令和 年 月 末日			自立支援医療費	有効期限	令和 年 月 末日				
	手帳番号				(精神通院)	受給者番号					
返還理由 ※1 ※4	1 治癒 2 死亡 ( 年 月 日 ) 3 その他 ( )				再交付理由 ※1 ※4	1 汚れ 2 破れ 3 紛失					
(あて先) 広島市長 令和 年 月 日					添 付 書 類 ※1	1 医師の診断書兼意見書 2 自立支援医療等受給者証 3 自立支援医療等受給者証の写し 4 健康保険被保険者証の写し 5 生活保護の受給が確認できるもの 6 市町村民税が確認できるもの 7 収入が確認できるもの 8 医療保険多数該当が確認できるもの 9 同意書(転入の場合)					
私は、上記のとおり(申請・届出)します。 なお、申請に係る私及び私が属する世帯全員の市民税の課税状況、並びに、生活保護受給の有無又は国民健康保険加入情報を広島市が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全員の同意も得ています。 申請・届出者氏名 (18歳未満の場合は保護者)											
申請(届出)書を提出した者			受診者との関係								

※1 該当するものに○をしてください。 ※2 再認定で、現在の認定内容と変更がない場合は、太字枠内のみ記載してください。

※3 変更の場合は、受診者、保護者、自立支援医療等受給者証等の送付先、自立支援医療費(精神通院)の有効期限及び受給者番号、申請・届出欄、変更がある部分、変更がある部分の変更前の内容を記入してください(医療機関の変更・追加等の場合は変更がある部分のみ記載してください。)

※4 返還、再交付の場合は、受診者、保護者、自立支援医療等受給者証等の送付先(再交付で郵送を希望する場合のみ記載)、返還理由又は再交付理由、申請・届出欄を記入してください。 ※5 受診者本人と異なる場合に記入してください(医療機関の場合は住所不要)。

本人確認	手帳(身・療・精)・免許・個力・保・その他( )
代理権確認	戸籍・登記・委任状・その他( )

障害者手帳・自立支援同時申請 有 ・ 無