

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

( 新規 ・ 市外転入 ・ 医療機関追加 ・ 再認定 ・ 変更 )

|       |             |    |    |       |
|-------|-------------|----|----|-------|
| フリガナ  |             | 住所 | 〒  | 生年月日  |
| 受診者   |             |    |    | 年 月 日 |
| 個人番号  |             |    | 電話 | 歳     |
| 希望送付先 | 現住所 ・ 別住所 〒 |    |    |       |

区役所・総合支所 受付印

※ 保護者(受診者が18歳未満の場合)、提出者に関する事項

|      |  |    |    |         |
|------|--|----|----|---------|
| フリガナ |  | 住所 | 〒  | 受診者との関係 |
| 氏名   |  |    |    |         |
| 個人番号 |  |    | 電話 |         |

|  |     |
|--|-----|
| 受診を希望する指定自立支援医療機関名<br>(医療機関・精神科デイケア)                                       | 所在地 |
| (薬局) 院外薬局を <input type="checkbox"/> 希望します・ <input type="checkbox"/> 希望しません |     |
| (訪問看護事業所)  |     |

|   |       |             |         |      |         |
|---|-------|-------------|---------|------|---------|
| 保険組合名など   |       | 記号          |         | 番号   |         |
| 負担額に関する事項<br>受診者及び受診者と同一保険の加入者<br>※申請する年(申請月が1月から6月の場合は前年)の1月1日に仙台市に住所がない場合、転入前の住所を書いてください。 | 受診者本人 | 住所          | 市民税所得割額 | 均等割額 | 各種年金等の額 |
|   | フリガナ  | 住所          | 円       | 円    | 円       |
|   | 氏名    | 生 年 月 日 続 柄 | 円       | 円    | 円       |
|   | フリガナ  | 住所          | 円       | 円    | 円       |
|   | 氏名    | 生 年 月 日 続 柄 | 円       | 円    | 円       |
|   | フリガナ  | 住所          | 円       | 円    | 円       |

|      |   |
|------|---|
| 確認項目 | <input type="checkbox"/> 更新案内の送付を希望しません。※次回更新時の案内送付を希望しない方は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。<br><input type="checkbox"/> 過去にDV防止法等の適用を受けていた、または、マイナンバーによる情報連携を希望しない方は、市民税の課税(非課税)証明書や年金額等が分かる書類の添付が必要です。 |
|------|---|

①上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。  
 ②認定にあたり、仙台市が受診者及び受診者の属する世帯員の収入状況や医療保険の加入状況生活保護受給状況等について調査することに同意します。  
 (同意しない場合は②を二重線で消し、市民税の課税(非課税)証明書等を添付してください。)

精神保健福祉総合センター 受付印

年 月 日 (あて先) 仙台市長  
申請者氏名

(提出者氏名: )

◆仙台市使用欄◆

|     |      |                       |                             |          |
|-----|------|-----------------------|-----------------------------|----------|
| 判定前 | 所得区分 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 | 重度かつ継続                      | 該当 ・ 非該当 |
|     | 有効期限 | 年 月 日 ~ 年 月 日         | 医療用(1年目・2年目) ・ 手帳用(1年目・2年目) |          |
| 判定後 | 所得区分 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 | 重度かつ継続                      | 該当 ・ 非該当 |
|     | 有効期限 | 年 月 日 ~ 年 月 日         | 医療用(1年目・2年目) ・ 手帳用(1年目・2年目) |          |

|        |    |    |
|--------|----|----|
| 【受付者:】 | 手帳 | 郵送 |
| 【入力者:】 | 同時 | 申請 |

## 委任状

私(申請者に同じ)は、次の事項を下記の者(受任者)に委任します。(レ点を付した事項に限る)

- 1 自立支援医療の申請書等の提出に関する権限
- 2 自立支援医療の決定通知の受け取りに関する権限

委任者(申請者) 氏名

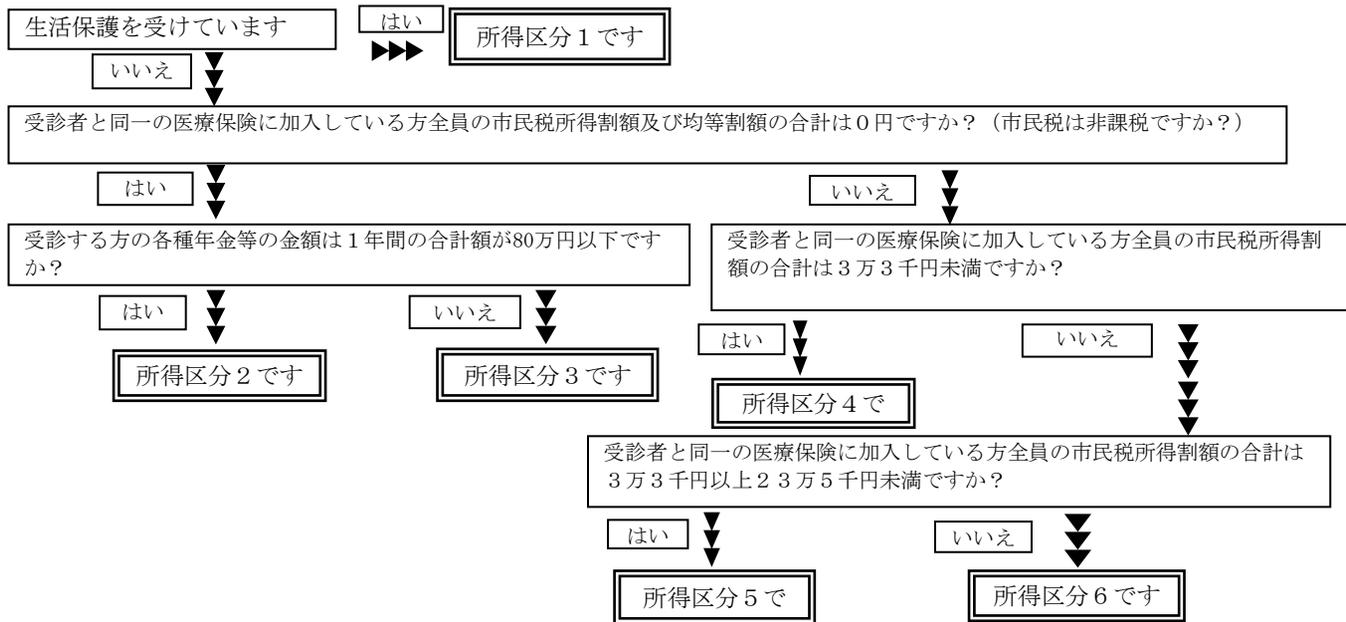
受任者(医療機関) 住所

氏名

- ※ 添付書類  1 診断書  2 医療保険の資格情報が分かる資料  3 個人番号カード等、本人確認書類  4 自立支援医療(精神通院)収入状況申告書  
(同じ医療保険に加入している家族全員が市民税非課税の場合に必要です。)

### ◆◆◆ 所得の区分に関するチェックシート ◆◆◆

- 精神通院医療の世帯と市民税課税状況等を明確にし、重度かつ継続の判断が必要かを確認します。  
 ※ 仙台市から課税されている方である場合、又は仙台市から課税されている方の扶養者である場合には、申請書で同意をいただければ、市民税の額がわかる書類の提出を省略することができます。  
 その他の方は、市民税均等割額・市民税所得割額の課税又は非課税がわかる書類の提出が必要です。  
**※ 同じ医療保険に加入している家族全員の市民税均等割額・市民税所得割額の確認が必要です。**
- 所得区分の確認を行います。



- 重度かつ継続とは次の方をいいます。
  - 医療保険の高額療養費で多数該当の方(過去1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた方)
  - 次の病名の方
    - ① 症状性を含む器質性精神障害
    - ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
    - ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
    - ④ 気分障害(うつ病や躁うつ病など)
    - ⑤ てんかん
  - 3年以上の精神医療の経験を有する医師により、以下の病状を示す精神障害のため計画的集中的な通院医療(状態の維持、悪化予防のための医療を含む。)を継続的に要すると診断されたことによって認定を受けた方
    - ① 情動及び行動の障害
    - ② 不安及び不穏状態
- 所得区分  
 上記所得区分を下の表に当てはめます。**その金額が、その月の自己負担上限額です。**  
**医療機関への支払いは自己負担上限に達するまで1割負担です。**
  - 所得区分4、5の医療保険の自己負担限度額とは、ご加入の健康保険の高額療養費の自己負担限度額を意味し、ご加入の医療保険の自己負担限度額まで1割負担で受診できるということです。
  - 所得区分6の制度適用外とは、精神通院医療の受給者証は交付されないことを意味します。

| 世帯における所得区分 | 自己負担上限額   |              |                |
|------------|-----------|--------------|----------------|
|            | 症状が重度かつ継続 | 症状が重度かつ継続以外  |                |
| 所得区分1      | 0円(負担なし)  |              |                |
| 所得区分2      | 2,500円    |              |                |
| 所得区分3      | 5,000円    |              |                |
| 所得区分4      | 5,000円    | 医療保険の自己負担限度額 |                |
| 所得区分5      | 10,000円   |              |                |
| 所得区分6      | ※20,000円  | 制度適用外        | ※経過的特例が適応された場合 |