

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 県提出用

障害者 児	フリガナ					性	男	生	明治・大正・昭和・平成	年	年齢	
	受診者氏名	(姓)			(名)			別	女	生	年月日	
受診者住所	〒			市			電話			年	月	
	埼玉県			町						日	歳	
受診者が18歳未満の場合	保護者氏名						受診者との関係	父母・子・配偶者・兄弟姉妹 祖父母・親類・同居者・その他				
	保護者住所	(受診者本人と異なる場合に記入)					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	記号			番号			保険者名				
	受診者と同一保険の加入者											
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続※2		該当・非該当			
精神障害者保健福祉手帳番号						X		受給者番号				
受診（薬局・訪問看護指定自立支援医療機関を含む）を希望する指定医療機関	医療機関名						所在地・電話番号					
	(病院・診療所)											
	(薬局)											
	(その他)											
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。											収受印	
平成 年 月 日												
申請者氏名（自筆による署名又は記名押印）												
埼玉県知事 様												

※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

※2 負担額に関するチェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

(注)1 申請時には意見書（自立支援医療精神通院用）を添えてください。

2 自立支援医療費（精神通院）と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時にはそれぞれの申請が必要です。

3 居住地の市町村に申請してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日	年	月	日	整理番号								
前回所得区分	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					
今回所得区分	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					
添付書類	医師の意見書（診断書）・医療保険被保険者証の写											
所得確認書類	市町村民税課税証明書・市町村民税非課税証明書・標準負担額減額認定証・生活保護受給世帯の証明書・自立支援医療における「世帯」構成員の所得割額証明書・その他（ ）											
前回受給者番号						今回受給者番号						
有効期限	平成	年	月	末日	進達年月日	認定年月日						
手帳番号						有効期限	平成	年	月	末日		
備考												

意見書（自立支援医療 精神通院用）

県提出用

氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）		男・女
住 所			
①病名 (ICDコードを 必ず記入)	(1)主たる精神障害 病名 ICDコード () (2)従たる精神障害 病名 ICDコード () (3)身体合併症 病名	②「重度かつ継続」に関する意見(ICDコード)※1 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 その他:(F)	
③発病から 現在までの 病歴 (推定発病年月 精神科受診歴等)	(推定発病年月日 年 月頃)		
④現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲む） (1)抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () (2)そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 () (3)幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他 () (4)精神運動興奮及びこん迷の状態 1 興奮 2 こん迷 3 拒絶 4 その他 () (5)統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他 () (6)情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他 () (7)不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他 () (8)けいれん及び意識障害 1 けいれん 2 意識障害 3 その他 () (9)精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他 () (10)知能障害 1 知的障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度			
⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状等			
⑥現在の治療内容 1 投薬内容 2 精神療法等 3 訪問看護指示の有無（有・無） 4 精神科デイケア利用の有無（有・無）			
⑦今後の治療方針（②で「その他」にコード記入した場合は、計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること※1）			
⑧現在の精神保健福祉サービスの利用状況（該当する項目を○で囲んでください。） 生活訓練施設・福祉ホーム・入所授産施設・通所授産施設・福祉工場・地域生活支援センター・小規模作業所・ホームヘルプ ショートステイ・グループホーム・社会適応訓練事業・その他 ()			
⑨医師の略歴（②で「その他」にコード記入した場合は、精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載すること）※1			
平成 年 月 日	医療機関所在地 名 称 電話番号		※2 判 意 定 会 議 見 要 否 保 留
医師氏名（自署または記名押印）			

※1 「重度かつ継続」の場合記入して下さい ※2 この欄は記入しないでください

処理様式1号

同意書

自立支援医療費の支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

年 月 日

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

世帯員

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

(提出先)

川越市長