該当の申請種類に○を付ける

申請書の記入日を記載して ください。ただし申請の受 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 理日は「申請日」ではなく 申請日 令和 5年 / 0月 / 0日 神戸市長 宛 「区役所が書類を受領した | |日| となりますのでご注意 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。 受診者名を記入 *18歳未満の場合は被保険者 (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 氏 名 神戸 太郎 コウベ タロウ フリガナ 生年月日 | 牛年月日 和暦で記入 受 明·大·昭·平·令 . _ 40年 1月 / 日生 氏 名 神戸 太郎 個人番号 診 0016 651 申請に関する日中つながる連 住 所 者 神戸市中央区橘通3丁目4番1号) 999-9999 絡先を記入 電話 (090 続柄(受診者との関係) フリガナ 受診者を保険上で扶養す 医療保険の世帯主または被保 保護者(受診者 る保護者名を記入 が18才未満の 険者の税法上の扶養者数をご 場合のみ記入) 記入ください。住民票が別の 雷話 場合は ☑ を入れてください 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顧 います。※1~6月申請は前々年分、7~12 月申請は前々年分、7~12 日申請は前年分所得の課税 住民票 住民票 税扶 0~15歳 16~18歳 法 養 미뭬 ム 上 の 族 み 住民票 住民票 健康保険組合・共済組合・全 16~18歳 0~15歳 国健康保険協会の方は上記と 生活保護の 被保険者証の 9999-9999 無 有(実施機関 妥 記号及び番号 受給状況 同じ人数 診 国民健康保険(組合 保 組 康 神戸株式会社 保険者名 国民健康保険 長寿医療(後 者が 全国健康保険協会 · 共 済 組合 長寿医療 コウベ タロウ 期高齢) は、同じ保険に加入 加 ___ 神戸 太郎 国民健康保険 単身の場合は 健康保険組合・共済組 明·大(昭)平·令 40年1月1日明·大·昭·平·令 (国保単身) と記入 年 月 被保険者※2 る医 合・全国健康保険協会は 被保険者について記入 氏名(続柄) 国民健康保険 長寿医療 牛年月日 保 (後期高齢) は、同じ保 個人番号 険に加入する世帯全員に 明·大·昭·平·令 年 月 明・大・昭・平・令 明•大•昭•平•佘 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。 √該 はい 精神障害者福祉手帳をお 高額治療継続者 Ž 持ちの方は記入 精神障害者 神戸 県(市)第 999999 号 有効期間 **今和4**年10月1日 **今和6**年9月 *30* 🛭 保健福祉手帳 指定自立支援医療機関名 備考 病院名は正確に略さずに 神戸市中央区橘通3丁目 1 - 1 神戸クリニック (1) 記入 (078)999-9999受診を希望する指定自 神戸市中央区橘通3丁目 | - 2 立支援医療機関(薬 薬局は支店名まで記入 神戸薬局中央店 (2) 病院·診療所·訪問 (078)999-9998看護ステーション) (3) 住所 電話番号を正確に 薬局は、支店名までこ 4 記入ください。 (5) 今回の申請にかかる診断 書要件を○で囲む 病状の変化及び治 受給者番号※4 (有効期限 有 無 月 年 日) 療方針の変更※5 新規の場合は医療用診断 医療用診断書(1年目・2年目) 手帳用診断書(1年目・2年目) 書(1年目)もしくは手 帳用診断書(1年目)の 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 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。 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。