再認定　記載例

別紙第18号様式

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（①新規・再認定・変更・追加）
精　神　障　害　者　保　健　福　祉　手　帳　申　請　書

②申請年月日　年　月　日　← 記入日としてください。

北 海 道 知 事　様
（市町村経由）

③ 申請書を提出した者
住 所 〒
氏 名
受診者との続柄　夫・妻・父・母・その他　（　）

← 受診者本人以外が申請する場合に記入してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律並びに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき、

④ 自立支援医療費の支給認定（変更等）　・　精神障害者保健福祉手帳の交付（変更等）　を次のとおり申請します。

⑤申請内容

自立支援医療費支給認定	1 新規認定	**2 再認定**	3 変更（医療機関等・上限額）	4 追加	
障害者手帳	1 新規交付	2 更新	3 障害等級変更	4 他都府県又は札幌市からの住所変更による手帳交付	

← 「2 再認定」に〇印を記入してくださ

⑥医療受給者証（患者票）の受給者番号	**〇〇〇〇〇〇〇**	障害者手帳の手帳番号	
既存の医療受給者証（患者票）の有効期限	**〇年　〇月　〇〇日**	既存の手帳の有効期限	年　月　日

← 受給者証を確認して記入してください。

⑦受診者

フリガナ	**アサヒカワ**	**タロウ**	生年月日
氏名	（姓）**旭 川**	（名）**太 郎**	**H〇〇 年　〇月　〇日**
住所	〒 **〇〇〇－〇〇〇〇　旭川市〇条〇丁目　〇番〇号　〇〇マンション　〇号室**		電話番号 **（0166）　〇〇 － 〇〇〇〇**
個人番号（マイナンバー）			

← 受診者本人の情報について記入してください。

⑧受診者が18歳未満の場合

フリガナ		生年月日	続柄
保護者氏名		年　月　日	1. 父母　2. 兄弟姉妹　3. 祖父母　4. その他（　）
保護者住所	〒		電話番号　（　）　－
個人番号（マイナンバー）			

← 受診者が18歳未満の場合に記入してください。

⑨添付書類　**1 医師の診断書**　**2 「世帯」に関する書類**　3 「世帯」の所得に関する書類　4 年金証書の写し（　級）・同意書
5 特別障害給付金受給資格者証等写し（　）級・同意書　6 写真（縦4cm×横3cm）
7 障害者手帳の写し　8 その他（　）

← ・診断書がある場合には「1 医師の診断書」に〇印を記入してください。
・保険証又は保護手帳の写しを添付する場合には「2「世帯」に関する書類」に〇印を記入してください。
・課税証明書等の写しを添付する場合には「3「世帯」の所得に関する書類」に〇印を記入してください。

⑩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　**〇〇〇〇〇〇　〇〇〇**　保険者名　**〇〇健康保険協会**

受診者と同一保険の加入者

フリガナ	氏名	生年月日	住所	個人番号（マイナンバー）
アサヒカワ　ハナコ	**旭川　花子**	**S〇〇年〇月〇日**	〒 **同　上**	
		年　月　日	〒	
		年　月　日	〒	
		年　月　日	〒	
		年　月　日	〒	
		年　月　日	〒	

該当する所得区分　生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上　高額治療継続者　該当 ・ 非該当

← 受診者と同一の保険に加入している方がいる場合は，全員記入してください。
なお，記入いただいた「世帯」については，別紙「同意書」にも記名が必要です。

※生活保護世帯については，この項目の記入は必要ありません。

⑪受診を希望する医療機関（薬局・訪問看護事業所等含）

指定自立支援医療機関等名	所在地	医療機関コード
〇〇クリニック	**旭川市〇条通〇丁目**	
〇〇薬局　〇〇条通店	**旭川市〇条通△丁目**	
訪問看護ステーション　〇〇	**旭川市□条◇丁目**	
〇〇病院（デイケア）	**旭川市☆条▽丁目**	
・ 医療機関の変更（変更年月日　年　月　日）		

← 利用している医療機関（病院・薬局・訪問看護・デイケア）を記入してください。
※変更・追加がある場合は別途申請が必要です。

⑫保険の種類　**X　x**

10 被用者保険（本人）　20 被用者保険（家族）　30 国保一般
40 国保退職（本人）　50 国保退職（家族）　67 後期高齢
70 生活保護（　福祉事務所）　90 その他（自費 ・　）

← 保険証の種類について，該当する2ケタの番号を記入してください。

身体障害者手帳番号（交付されている方のみ）		療育手帳	有り（ A ・ B ）	⑬「世帯」の特例	・ 申請します
⑭ 指定自立支援医療機関を複数指定しようとする場合は、その理由を詳しく記入してください。					
⑮ 治療方針の変更	有 ・ 無	⑯ 診断書の添付	有 ・ 無		
⑰ 精神障害者保健福祉手帳と受給者証の有効期限を合わせるための受給者証有効期間の短縮	希望する ・ 希望しない				

← 診断書を省略する場合に記入してください。

支給認定等に係る審査において、診断書等の内容に疑義が生じた場合には、医師に直接照会することがあります。この場合、医師からの回答後に改めて審査を行うため、決定までに時間を要することがありますので、ご了承願います。

なお、北海道が診断書を記載した医師に照会することに同意されない場合には、審査が行えないことから不承認となることがあります。

回答欄	北海道が診断書を記載した医師に疑義照会を行うことに	1. 同意します　2. 同意しません（いずれかに〇を付ける）

← 診断書がある場合に記入してください。

※市町村収受印	※保健所収受印
	※整理番号　3 8