別紙第18号様式

自立支援医療（精神通院）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

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（　　）

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																	
⑥医療受給者証（患者票）の受給者番号									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　年　月　日									既存の手帳の有効期限　年　月　日									
⑦受診者	（フリガナ）								生年月日									
	氏名	（姓）			（名）			㊞	年　月　日生									
	住所	〒							電話番号 （　　）　－									
	個人番号																	
⑧受診者が18歳未満の場合	（フリガナ）								続柄	1. 父母　2. 兄弟姉妹 3. 祖父母　4. その他（　　）								
	保護者氏名																	
	保護者住所 〒								電話番号 （　　）　－									
	個人番号																	
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（　　）																	
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								保険者名									
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号						氏名	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							高額治療継続者	該当・非該当								
⑪受診を希望する医療機関等（薬局・訪問看護事業所含む）	自立支援医療機関等名				所在地				医療機関コード									
	・医療機関の変更（変更年月日　年　月　日）																	
⑫保険の種類	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・　　）																	
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 自立支援医療機関を追加する場合は、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																	

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○を付ける）

※市町村収受印	※保健所収受印
	※整理番号