

## 提出書類チェック表（精神通院医療用）

受診者名 \_\_\_\_\_

書類を提出される前に、必ず必要書類がそろっているか確認の上、左端のチェック欄に☑をして提出してください。

| チェック欄                    | 番号 | 提出書類  | 備考       |
|--------------------------|----|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | 1  | 提出書類チェック表（この用紙です）   |          |
| <input type="checkbox"/> | 2  | 自立支援医療費（精神通院）受給者証認定申請書（新規・再認定・変更）<br>自立支援医療（精神通院）受給者証記載事項変更届（氏名・住所・保険変更のみ）          |          |
| <input type="checkbox"/> | 3  | 同意書   |          |
| <input type="checkbox"/> | 4  | 自立支援医療費診断書（精神通院医療用）<br>※申請日において作成日から3か月以内のもの。                                       | 必要な場合のみ  |
| <input type="checkbox"/> | 5  | 「重度かつ継続」に関する意見書<br>※主たる精神障害がF0～F3・G40以外の方で、計画的・集中的な治療の継続が必要であると判断された方               | 必要な場合のみ  |
| <input type="checkbox"/> | 6  | 公的医療保険の情報が確認できる書類の写し<br>※書類の例は、下の表で確認のうえ提出してください                                    |          |
| <input type="checkbox"/> | 7  | 「障害年金等の証書及び振込先通帳の振込部分のコピー」または<br>「年金等振込通知書のコピー」<br>※老齢年金以外の年金を受給している方のみ（障害年金・遺族年金等） | 必要な場合のみ  |
| <input type="checkbox"/> | 8  | 「所得額・課税額証明書」または「特別徴収税額決定通知書のコピー」<br>※申請する年度の1月1日時点で鹿児島市に住民票がなかった方のみ（4～6月受付の場合は前年度）  | 必要な場合のみ  |
| <input type="checkbox"/> | 9  | 自立支援医療費（精神通院）受給者証（原本）   | 変更の場合は必須 |

| 患者が加入する医療保険の種類                    | 8. 必要な所得額・課税額証明書<br>申請する年度の1月1日時点で鹿児島市に住民票があった方の方は不要（4～6月受付の場合は前年度） | 6. 公的医療保険の情報が確認できる書類の写し   |
|-----------------------------------|---|---|
| 国民健康保険                            | 住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員   | 1. マイナポータルの画面を印刷したもの<br>※保険証記号・番号・枝番・保険者名・被保険者名が必要<br>2. 「資格確認書」の写し<br>3. 「資格情報のお知らせ」の写し<br>4. 有効期限内の健康保険証の写し<br><br>※上記1～4のいずれかを添付してください |
| 国民健康保険組合<br>（医師・歯科医師・<br>土木・建設など） | 同じ医療保険に加入している全員   |   |
| 後期高齢者<br>医療広域連合                   | 住民票上の世帯で同じ医療保険に加入している全員   |   |
| 被用者保険<br>（健保・共済など）                | 被保険者及び受診者   |   |
| 生活保護受給者                           | 生活保護受給証明書   |   |

〒892-8677

鹿児島市山下町11番1号（本庁別館3階）

鹿児島市保健支援課（TEL：099-803-6929）