

福岡県医師会長
福岡県精神科病院協会会長
福岡県精神神経科診療所協会会長
福岡県薬剤師会長

殿

福岡県福祉労働部障害者福祉課長
(自立支援係)

福岡県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書について（通知）

福岡県自立支援医療費（精神通院医療）支給認定実施要綱の制定について（通知）

この度「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」（平成27年厚生労働省令第150号）の施行に伴い、「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施行規則」（平成18年厚生労働省令第19号）等が一部改正されました。

自立支援医療（精神通院医療）支給認定の事務については、国の「自立支援医療費支給認定通則実施要綱」及び「福岡県自立支援医療（精神通院医療）申請の手引き」に基づき実施しているところですが、国の規則改正に伴い別添の自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書等を一部改正しております。

このため、政令市を除く市町村に対し、別添の申請書等を送付しております。なお、平成28年1月1日以降の申請については、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に個人番号を記載する欄が追加されており、申請者の方の個人番号が必要になりますので併せてお知らせいたします。今後とも引き続き自立支援医療費（精神通院医療）支給認定につきまして、ご理解・ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

1 申請書等の主な改正内容

- ・自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書の記載事項等に個人番号を追加
- ・自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）の記載事項等に個人番号を追加

2 添付資料

- ・自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書
- ・自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）
- ・福岡県自立支援医療費（精神通院医療）申請手続きの手引き
- ・自立支援医療費の支給認定について（自立支援医療費支給認定通則実施要綱）
- ・申請に係るQ&A

SECRET

THE UNITED STATES OF AMERICA
DEPARTMENT OF DEFENSE
OFFICE OF THE SECRETARY OF DEFENSE

SECURITY INFORMATION
CONFIDENTIAL

MEMORANDUM FOR THE SECRETARY OF DEFENSE

SUBJECT: [Illegible]

[Illegible text block containing several paragraphs of a memorandum, including a header, body text, and a signature block area.]

[Illegible text block, likely a signature or distribution list.]

[Illegible text block, likely a signature or distribution list.]

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・他県からの転入・再発行(理由:))*1											
障害者・児	フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)			電話番号						
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係(いずれかに○)		父・母・祖父母 兄弟姉妹・その他()				
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)			電話番号 ※2						
	保護者個人番号										
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()									
	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										
	受診者と同一保険の加入者個人番号										
	該当する所得区分 ※4	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	重度かつ継続※4	該当・非該当・未申請		
障害年金等 ※5	無	有(種類:)									
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号				手帳の有効期限	年 月 日		手帳の等級	級			
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号							変更の時		
									追加・削除		
									追加・削除		
									追加・削除		
									追加・削除		
受給者番号 ※7				既存の受給者証の有効期限 ※7		年 月 日					
治療方針の変更 ※8	有		無		前年度診断書の添付 ※8、※9		有		無		
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。											
申請者氏名				印 ※10							
年 月 日				福岡県精神保健福祉センター所長 殿							

- ※1 該当する新規・再認定・変更(自己負担上限額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合)他県からの転入・再発行(理由を記載すること)のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※3 該当する保険の種類全てに○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 ※4で低1・低2に該当する場合のみ記入する。(有の場合は、障害年金、遺族年金、老齢年金、特別児童扶養手当等の種類も記入。)
- ※6 変更の際は、①医療機関の追加のみの場合、追加する医療機関のみを記載の上、追加に○をする。②医療機関の変更の場合は、新・旧の医療機関を記載の上、追加・削除に○をする。
- ※7 再認定・変更・他県からの転入・再発行の場合のみ記入する。
- ※8 継続申請(診断書の提出が2年目のことをいう。)の方のみ記入する。
- ※9 前年度(1年目)の申請に係る診断書(写し)の添付状況に○をする。
- ※10 申請者氏名については、記名押印(印鑑は3枚全てに押すこと)又は自筆による署名のいずれかとする。

注) 申請の際は、診断書等の必要書類の他、被保険者証の写しを添付すること。

市町村受付印

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・他県からの転入・再発行（理由： ）〕※1										
障害者・児	フリガナ 受診者氏名					性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)				電話番号				
	個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係(いずれかに○)	父 母 祖父母 兄弟姉妹・その他()			
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)				電話番号 ※2				
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()								
	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									
	受診者と同一保険の加入者個人番号									
	該当する所得区分 ※4	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上					重度かつ継続※4	該当・非該当・未申請		
障害年金等 ※5	無	有 (種類:)								
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号					手帳の有効期限	年 月 日	手帳の等級	級		
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号							変更の時	
									追加・削除	
									追加・削除	
									追加・削除	
									追加・削除	
受給者番号 ※7					既存の受給者証の有効期限 ※7	年 月 日				
治療方針の変更 ※8	有 無				前年度診断書の添付 ※8、※9	有 無				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。										
申請者氏名				印 ※10		福岡県精神保健福祉センター所長 殿				
年 月 日										

自治体記入欄 (再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。)

受付市町村名									
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・未申請		
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・未申請		
所得確認書類	個人番号	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 其他収入等を証明する書類()					
前回の受給者番号					今回の受給者番号				
診断書の提出	医療用(1年目)		医療用(2年目)		手帳用(1年目)		手帳用(2年目)		手帳で新規
備考									市町村受付印

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・他県からの転入・再発行(理由:)〕※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所	(〒 -)			電話番号			
	個人番号							
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係(いずれかに○)	父・母・祖父母 兄弟姉妹・その他()		
	フリガナ 保護者住所 ※2	(〒 -)			電話番号 ※2			
	保護者個人番号							
負担額に関する事項	保険の種類 ※3	健保(本人・家族)、国保(一般・退職本人・退職家族)、船保(本人・家族)、各種共済(本人・家族)、老保、労災、生保(受給中・申請中)、その他()						
	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							
	受診者と同一保険の加入者個人番号 該当する所得区分 ※4	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続※4	該当・非該当・未申請		
	障害年金等 ※5	無	有(種類:)					
身体障害者・精神障害者 保健福祉手帳番号				手帳の有効期限	年 月 日	手帳の等級	級	
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む)種別には、病院・診療所、薬局、デイケア、訪問看護を記入してください。※6	種別	医療機関名・所在地・電話番号					変更の時	
							追加・削除	
							追加・削除	
							追加・削除	
							追加・削除	
受給者番号 ※7				既存の受給者証の有効期限 ※7	年 月 日			
治療方針の変更 ※8	有 無		前年度診断書の添付 ※8、※9	有 無				
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。								
申請者氏名				印 ※10				
	年 月 日	福岡県精神保健福祉センター所長 殿						

自治体記入欄(再発行の場合は、受付市町村名のみ記載してください。)

受付市町村名								
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・未申請			
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・未申請			
所得確認書類	個人番号		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 その他収入等を証明する書類()			
前回の受給者番号				今回の受給者番号				
診断書の提出	医療用(1年目)		医療用(2年目)	手帳用(1年目)	手帳用(2年目)	手帳で新規		
備考				認定日	精神保健福祉センター受付印	市町村受付印		

様式第20号(第10条関係)

(平26規則32・一部改正)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)					
受診者	フリガナ			性別	生年月日
	氏名			男・女	年 月 日
	フリガナ				
	住所	(〒 -)			
保護者 (受診者が18 歳未満の場合 記入)	フリガナ				続柄
	氏名				
	フリガナ				
	住所	(〒 -)			
個人番号					
個人番号					
自立支援医療費受給者番号					
受給者証の有効期間		年 月 日から			年 月 日まで
変更内容	事項	変更前	変更後		
	受診者に関する事項(氏名・住所・電話番号)				
	保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)				
	被保険者証に関する事項(記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)				
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号				
備考					
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 印</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県精神保健福祉センター所長 殿</p>					

※ 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書(変更)に記載すること。

申請に係るQ&A

Q 1 申請者が個人番号を記載している場合、住所など他の欄は記入が省略できるのか。

A 1 申請書の欄は、全て記載が必要です。従前と同様に記載箇所の確認をお願いします。

Q 2 申請者が個人番号の確認書類を所有していない場合で、申請書の個人番号の欄が未記載で申請された時はどうすればよいか。

A 2 申請者が本人であれば、本人であることを確認し同意を得た上で、住基端末を利用して個人番号を取得し、記載してください。

Q 3 申請者が本人でない場合で申請書の個人番号が未記載の時はどうすればよいか。

A 3 申請者が本人以外であれば、個人番号を取得する上で本人の委任状が必要になります。

Q 4 旧申請書で申請がなされた場合、改正後の申請書に書き直す必要があるか。

A 4 旧申請書であっても、欄外に個人番号が記載されていれば、改正後の申請書と同様になりますので、書き直す必要はありません。

Q 5 個人番号の質疑応答集のようなものはあるか

A 5 国の Digital PMOの「FAQ (よくある質問)」を活用してください。

Digital PMO

Q 8 8 申請者が個人番号カードや通知カード、あるいは身元を確認する運転免許証などを所有していないため、番号法第16条に基づく本人確認を行えない場合は、どうすればよいですか？

A 番号法施行令において、個人番号カード又は通知カードに代わる個人番号の確認書類として個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書が規定されています。また、番号法施行規則において、個人番号が記載された住民票の写しや、身元を確認するための運転免許証などの書類の提示が困難と認められる場合の本人確認の措置を規定していますので、番号法施行令、施行規則に基づいて本人確認を行って下さい。(2014年7月回答)

Q 5 5 窓口で申請者が個人番号の記載を拒否している場合、どうすれば良いですか。本人の同意なしに住基端末から個人番号を取得しても良いですか？

A 申請書などに個人番号を記載することが各制度における法的な義務であることを説明し、記載していただくようにしてください。それでも記載を拒否された場合は、番号法第14条第2項に基づき地方公共団体情報システム機構から個人番号を含む機構保存本人確認情報の提供を受けることはできますが、あくまで、住民基本台帳法別表に規定する事務として住基端末を利用する必要があります。なお、申請書などに個人番号が記載されていない時点では、個人番号の提供を受ける場合に該当しないため、番号法第16条の本人確認措置の義務は生じないこととなります。(2014年7月更新)