

〔障害者自立支援法施行細則〕を公布する。

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細則
(平二五規則五九・改称)

目次

- 第一章 総則(第一条・第二条)
- 第二章 削除
- 第三章 精神通院医療(第八条―第十二条)
- 第四章 精神通院医療費の助成(第十三条―第二十五条)
- 附則
- 第一章 総則

(趣旨)

第一条 この規則は、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(平成十七年法律第百二十三号。以下「法」という。)の施行に関し、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令(平成十八年政令第十号。以下「政令」という。)及びその他の法令に定めるもののほか、必要な事項を定めるとともに、精神通院医療費の助成に関し必要な事項を定めるものとする。
(平二五規則五九・一部改正)

(用語)

第二条 この規則で使用する用語の意義は、特段の定めがある場合を除くほか、法で使用する用語の例による。

第二章 削除
(平二五規則五九)

第三条から第七条まで 削除
(平二五規則五九)

第三章 精神通院医療

(精神通院医療に係る支給認定の申請等)

第八条 政令第一条の二第三号に規定する精神通院医療(以下「精神通院医療」という。)に係る法第五十三条第一項の規定による支給認定の申請は、知事が別に定めるところにより、自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(別記第十一号様式。以下「第十一号様式申請書」という。)又は自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(別記第十一号様式の二。以下「第十一号様式の二申請書」という。)に個人番号に係る世帯調書(精神通院)(別記第十一号様式の三。以下「世帯調書」という。)及び自立支援医療診断書(精神通院)(別記第十二号様式。以下この条において「診断書」という。)を添付して行うものとする(世帯調書については、政令第二十九条第一項に規定する支給認定基準世帯員(以下「支給認定基準世帯員」という。)がない場合は添付を要しないものとし、診断書については、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(平成十八年厚生労働省令第十九号)の規定により診断書の添付を省略できる場合又は診断書の添付を要しない場合を除き添付するものとする。)

2 前項の申請(第十一号様式申請書による申請を行う場合に限る。)と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和四十年東京都規則第二百四号)第三条第一項の規定による申請とを同時に行う場合は、申請を行う者が政令第三十五条第一項第一号に規定する高額治療継続者に該当するときは、「重度かつ継続」に関する意見書(別記第十二号の二様式)を第十一号様式申請書に添付するものとする。

3 知事は、第一項の申請があった場合において、法第五十四条の規定により支給認定を行ったときは自立支援医療(精神通院)受給者証(別記第十三号様式)を交付し、支給認定を行わなかったときは自立支援医療(精神通院)支給認定申請却下決定通知書(別記第十四号様式)により通知するものとする。

(平一八規則二五四・平二二規則九三・平二五規則五九・平二七規則二一七・一部改正)

(精神通院医療に係る支給認定の変更)

第九条 精神通院医療に係る法第五十六条第一項の規定による支給認定の変更の申請は、第十一号様式申請書に世帯調書を添付して行うものとする(支給認定基準世帯員に変更が生じない場合は添付を要しないものとする。)

(平二七規則二一七・一部改正)

(精神通院医療に係る申請内容の変更の届出)

第十条 精神通院医療に係る政令第三十二条第一項の規定による申請内容の変更の届出は、自立支援医療(精神通院)受給者証等記載事項変更届(別記第十五号様式)に世帯調書を添付して行うものとする(支給認定基準世帯員に変更が生じない場合は添付を要しないものとする。)

(平二七規則二一七・一部改正)

(精神通院医療に係る医療受給者証の再交付)

第十一条 精神通院医療に係る政令第三十三条第一項の規定による医療受給者証の再交付の申請は、自立支援医療(精神通院)受給者証再交付申請書(別記第十六号様式)により行うものとする。

(精神通院医療に係る支給認定の取消し)

第十二条 知事は、精神通院医療に係る法第五十七条第一項の規定による精神通院医療の支給認定の取消しを行ったときは、自立支援医療(精神通院)支給認定取消決定通知書(別記第十七号様式)により支給認定障害者等に通知するものとする。

第四章 精神通院医療費の助成

(助成)

第十三条 知事は、法第五十四条第一項による自立支援医療費の支給認定を受けた者のうち次の各号のいずれにも該当する者(以下「助成対象者」という。)が法第五十四条第二項に規定する指定自立支援医療機関(以下「指定自立支援医療機関」という。)において精神通院医療を受けるために要した費用の一部について、当該精神通院医療を受診する者(以下「精神通院医療受診者」という。)又はその保護者の申請により助成を行うものとする。

- 一 東京都の区域内に居住地を有する法第五十四条第三項の規定により自立支援医療(精神通院)受給者証の交付を受けた者
- 二 政令第三十五条第一項第三号又は第四号に該当するもの
- 三 国民健康保険法(昭和三十三年法律第九十二号)第六条各号に掲げる者
(平二〇規則八七・平二四規則四・一部改正)

(医療費助成の額)

第十四条 前条の規定による助成(以下「医療費助成」という。)の額は、次の各号に掲げる額から法の規定により支給される自立支援医療費の額を控除した額(他の法令、条例又は他の規則の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる場合は、更にその額を控除した額)とする。ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りでない。

- 一 次に掲げる法律(以下「医療保険各法」という。)の規定による医療に関する給付を受ける場合は、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第七十六条第二項及び第八十八条第四項に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額から医療保険各法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額
 - イ 国民健康保険法
 - ロ 健康保険法
 - ハ 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)
 - ニ 国家公務員共済組合法(昭和三十三年法律第二百二十八号)
 - ホ 地方公務員等共済組合法(昭和三十七年法律第五百二十二号)
 - ヘ 私立学校教職員共済法(昭和二十八年法律第二百四十五号)
- 二 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)の規定による後期高齢者医療給付を受ける場合は、同法第七十一条第一項及び同法第七十八条第四項の規定に基づき厚生労働大臣が定める算定方法により算定した額から同法の規定による後期高齢者医療給付に関し特別区又は市町村(以下「区市町村」という。)が加入する後期高齢者医療広域連合が負担すべき額を控除した額
(平一八規則二五四・平二〇規則八七・平二四規則四・一部改正)

(医療費助成の申請等)

第十五条 医療費助成を受けようとする者は、知事が別に定めるところにより、第十一号様式申請書又は第十一号様式の二申請書に受給者証を添付して知事に申請しなければならない。

- 2 前項の申請は、法第五十三条第一項の規定による申請と同時にすることができる。
- 3 知事は、第一項の規定による申請があったときは、当該申請に係る精神通院医療受診者が助成対象者の要件に該当するか否かを審査し、助成対象者であると認定するときは当該申請をした者に対し自立支援医療(精神通院)受給者証(別記第十三号様式。以下「受給者証」という。)を交付し、認定しないときは自立支援医療(精神通院)支給認定申請却下決定通知書(別記第十四号様式)により通知するものとする。
(平二二規則九三・一部改正)

(医療費助成の期間)

第十六条 医療費助成を行う期間は、前条第一項の規定により申請を受理した日から法第五十五条に規定する支給認定の有効期間の末日までとする。ただし、知事が必要と認めるときは、この限りでない。

(平一八規則二五四・一部改正)

(提示)

第十七条 受給者証の交付を受けた者(以下「被交付者」という。)が、指定自立支援医療機関において精神通院医療を受け又は受けさせようとするときは、受給者証を提示するものとする。

(医療費助成に係る申請内容の変更の届出)

第十八条 被交付者は、知事が別に定める事項を変更した場合は、自立支援医療(精神通院)受給者証等記載事項変更届(別記第十五号様式)を知事に提出しなければならない。

(医療受給者証の再交付)

第十九条 被交付者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、自立支援医療(精神通院)受給者証再交付申請書(別記第十六号様式)により、知事に再交付を申請することができる。

2 知事は、前項の申請があった場合、申請内容等を審査し、適当と認めたときは、受給者証を再交付するものとする。

(医療費助成の方法)

第二十条 医療費助成は、東京都と契約を締結した医療機関等及び東京都が開設する医療機関(以下これらを「契約医療機関等」という。)に対して助成額を支払うことにより行うものとする。ただし、知事が必要であると認める場合には、被交付者に支払うことにより医療費助成を行うことができる。

(令四規則一六六・一部改正)

(医療費等の請求)

第二十一条 契約医療機関等は、精神通院医療受診者に対する医療等を行ったときは、東京都負担医療費請求書(別記第十八号様式)により、知事に医療費等の請求をするものとする。

2 前条ただし書の規定により被交付者が医療費等の支払を受けようとするときは、知事が別に定める場合を除き、医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第十九号様式)により知事に請求するものとする。

(令四規則一六六・一部改正)

(支払)

第二十二条 知事は、前条の規定による請求があった場合には、その内容を審査し、適当と認めたときは、契約医療機関等又は被交付者にその旨を通知し、支払うものとする。

(令四規則一六六・一部改正)

(認定の取消し)

第二十三条 知事は、被交付者が次の各号のいずれかに該当する場合は、第十五条第三項の認定を取り消すことができる。

- 一 偽りの申請によって認定を受けたことが判明したとき。
- 二 偽りその他不正の手段によって医療費助成を受けたとき。

2 知事は、前項の規定により認定を取り消したときは、自立支援医療(精神通院)支給認定取消決定通知書(別記第十七号様式)により通知するものとする。

(医療費の返還)

第二十四条 知事は、前条第一項第二号に該当する者について認定を取り消した場合は、その者から、その助成を受けた額に相当する金額を返還させるものとする。

(委任)

第二十五条 この規則の施行について必要な事項は、知事が別に定める。

附則

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第十三条から第二十五条までの規定は、平成十八年四月一日から施行する。

2 知事は、第十三条から第二十五条までの規定による精神通院医療費の助成に関し必要な手続は、この規則の施行前においても行うことができる。

3 法の施行日において、法附則第十三条の規定により法第五十二条第一項の規定による支給認定を受けたものとみなされる者で、現に東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則の一部を改正する規則(平成十八年東京都規則第十一号)による改正前の東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則(平成十二年東京都規則第九十四号)第四条の規定による医療に必要な費用の負担を受けている障害者及び障害児の保護者については、第十三条第二号に該当する場合に限り、申請者の同意を得た上で、平成十八年四月一日に、第十五条第三項の規定による認定を受けたものとみなす。

附則(平成一八年規則第二五四号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の日において、この規則による改正前の障害者自立支援法施行細則(以下「改正前の規則」という。)第十五条第一項の規定による申請を受理された者で同条第三項の規定による受給者証の交付又は自立支援医療(精神通院)支給認定申請却下決定通知書の通知を受けていないものに対するこの規則による改正後の障害者自立支援法施行細則(以下「改正後の規則」という。)第十六条の規定の適用については、同条中「前条第一項の規定により申請を受理した日」とあるのは「障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則(平成十八年東京都規則第二百五十四号)の施行の日」とする。

3 改正前の規則別記第五号様式及び第十三号様式による受給者証で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、それぞれ改正後の規則別記第五号様式及び第十三号様式による受給者証とみなす。

4 この規則の施行の際、改正前の規則別記第五号様式から第十七号様式までによる用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二〇年規則第八七号)

- 1 この規則は、平成二十年四月一日から施行する。
- 2 この規則による改正前の障害者自立支援法施行細則(以下「改正前の規則」という。)別記第十三号様式による受給者証で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、この規則による改正後の障害者自立支援法施行細則別記第十三号様式による受給者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際、改正前の規則別記第十一号様式、第十二号様式、第十三号様式及び同様式別紙並びに第十八号様式及び第十九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二二年規則第九三号)

- 1 この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の障害者自立支援法施行細則別記第二号様式及び第十一号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二三年規則第四六号)

- 1 この規則は、平成二十三年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の障害者自立支援法施行細則別記第十二号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二四年規則第四号)

- 1 この規則は、平成二十四年四月一日から施行する。
- 2 この規則による改正後の障害者自立支援法施行細則第十三条から第二十五条までの規定による精神通院医療費の助成に関し必要な手続は、この規則の施行前においても行うことができる。
- 3 この規則の施行の際、この規則による改正前の障害者自立支援法施行細則別記第十一号様式、第十一号様式の二及び第十八号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二五年規則第五九号)

- 1 この規則は、平成二十五年四月一日から施行する。
- 2 この規則による改正前の障害者自立支援法施行細則(以下「改正前の規則」という。)別記第十三号様式による受給者証で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、この規則による改正後の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細則別記第十三号様式による受給者証とみなす。
- 3 この規則の施行の際、改正前の規則別記第十一号様式から第十二号様式まで及び第十三号様式から第十七号様式までによる用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二六年規則第二七号)

- 1 この規則は、平成二十六年四月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の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細則別記第十二号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二七年規則第二一七号)

- 1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の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細則別記第十一号様式、第十一号様式の二、第十五号様式及び第十六号様式(次項において「旧様式」という。)は、この規則による改正後の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細則による別記第十一号様式、第十一号様式の二、第十五号様式及び第十六号様式とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(平成二八年規則第五七号)

この規則は、平成二十八年四月一日から施行する。

附則(平成三一年規則第一一一号)

- 1 この規則は、元号を改める政令(平成三十一年政令第百四十三号)の施行の日から施行する。
(施行の日=令和元年五月一日)
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の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細則別記第十一号様式、第十一号様式の二及び第十二号の二様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(令和元年規則第三〇号)

- 1 この規則は、令和元年七月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の東京都規則の様式(この規則により改正されるものに限る。)による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(令和二年規則第一一八号)

- 1 この規則は、令和二年七月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の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細則別記第十一号様式から第十二号の二様式まで、第十五号様式及び第十六号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(令和二年規則第二一三号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の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細則別記第十一号様式、第十一号様式の二及び第十三号様式から第十七号様式までによる用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

附則(令和四年規則第一六六号)

この規則は、令和四年七月一日から施行する。

附則(令和六年規則第一八〇号)

- 1 この規則は、令和六年十二月二日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の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細則別記第十一号様式、第十一号様式の二、第十三号様式、第十五号様式及び第十九号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別記

第1号様式から第10号様式まで 削除

(平25規則59)

第11号様式(第8条、第9条、第15条関係)

(平22規則93・全改、平24規則4・平25規則59・平27規則217・平31規則111・令元規則30・令2規則118・令2規則213・令6規則180・一部改正)

<御注意> 継続申請手続をされる方(診断書の提出が不要の方)又は手帳の写しの添付により新規申請手続をされる方は、水色の申請書(第11号様式の2)になります。

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

年 月 日

受領印欄

東京都知事 殿

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第53条第1項
 私は、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第56条第1項の規定により、下記のとおり申請します(申請項目に○を付けて
 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細則第15条
 ください。)

記

1. 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に基づく自立支援医療費(精神通院)支給認定
 (新規・継続・再開・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付)
 (認定内容変更…………… 所得区分・医療機関・薬局・その他の医療機関等)
 (受給者証追加交付…………… 医療機関の追加・薬局の追加・訪問看護ステーションの追加)
2. 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細則に基づく医療費助成
 (新規・継続)

受診者(本人) 個人番号		保護者個人番号 (受診者が18歳未満の場合)												
受診者(本人)	フリガナ	※ (姓) ※上段フリガナは左づめで記入してください。					※ (名) ※上段フリガナは左づめで記入してください。					年 齢	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 (○を付けてください。)
	氏 名													年 月 日
	住 所	郵便番号										電 話 ()		
保 護 者	フリガナ	※ (姓) ※上段フリガナは左づめで記入してください。					※ (名) ※上段フリガナは左づめで記入してください。					続 柄	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 (○を付けてください。)
	氏 名													年 月 日
	住 所	□→受診者(本人)と住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 郵便番号										電 話 ()		
保 険	種 類 (○印)	区市町村国保、国保組合(本人、家族)、健保(本人、家族)、船保(本人、家族)、 各種共済(本人、家族)、後期高齢者、生保(福祉事務所名:) その他()												
	医療保険の記号 (後期高齢者の方は未記入)	医療保険の番号					保険者番号 (右づめで記入してください)							
	等	受診者と同一保険の加入者					該当する所得区分					生保・低Ⅰ・低Ⅱ・中間Ⅰ・中間Ⅱ・一定以上	高額治療継続者 (重度かつ継続)	該当・非該当
医 療 機 関 等 (コードは必ず記入してください)	医療機関	(所在地)郵便番号					医療機関コード					電 話 ()		
		(名称)												
	薬 局	(所在地)郵便番号					医療機関コード					電 話 ()		
		(名称)												
	その他	(所在地)郵便番号					医療機関コード					電 話 ()		
		(名称)												
申 請 書 を 提 出 した 者	氏 名	(姓) (名)					本人との関係							
	住 所	□→受診者(本人)と住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 郵便番号										電 話 ()		

ここから下の欄には記入しないでください

診 断 書 の 出 発 地	(区市町村で必ず記入してください)
	1 自立1年 2 手帳1年
	3 自立1年(他県転入) 4 手帳1年(他県転入)

精神障害者 保健福祉手帳番号					
自立支援医療 費受給者番号 (継続・再開 変更時記入)					

自治体記入欄	確認事項(区市町村で必ず記入してください。)	所得区分(区市町村で必ず記入してください。)	高額治療継続者(重複かつ継続)(東京都)
	・医師の診断書(意見書)	生活保護 中間層Ⅰ	該当・非該当
	・医療保険の資格情報が確認できる書類	低所得Ⅰ 中間層Ⅱ	(東京都が記入しますので、記入しないでください。)
	・個人番号に係る世帯調書	低所得Ⅱ 一定以上	東京都受領印
・生活保護受給世帯の証明書	備考	(東京都が押印しますので、空欄にしてください。)	
・区市町村民税非課税証明書			
・標準負担額減額認定証			
・区市町村民税課税証明書			
・その他収入等を証明する書類 ()			
受診者(本人)の身元確認 (受診者が18歳未満の場合は保護者の身元確認)	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 運転経歴証明書 4 旅券 5 在留カード 6 その他()		
受診者(本人)の個人番号確認 (受診者が18歳未満の場合は保護者の個人番号確認)	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳等の確認 5 その他()		

(日本産業規格A列4番)

第11号様式の2(第8条、第15条関係)

(平22規則93・追加、平24規則4・平25規則59・平27規則217・平31規則111・令元規則30・令2規則118・令2規則213・令6規則180・一部改正)

<御注意>この申請書は 継続申請手続をされる方(診断書の提出が不要の方)、手帳の写しの添付により新規申請手続をされる方及び他県等からの転入の方(他県等にて、前年度診断書を提出された方及び手帳の写しの添付により新規申請手続をされた方)のみ御記載いただけます。

自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書

年 月 日

受領印欄

東京都知事殿

私は、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第53条第1項(継続・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付・新規(手帳の写し添付)・再開(手帳の写し添付))の規定により、下記のとおり申請します(申請項目に○を付けてください)。

記

- 1 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に基づく自立支援医療費(精神通院)支給認定
(継続・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付・新規(手帳の写し添付)・再開(手帳の写し添付))
- 2 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細則に基づく医療費助成
(新規・継続)

受診者(本人) 個人番号		保護者個人番号 (受診者が18歳未満の場合)											
受診者(本人)	フリガナ	年 齢						生 年 月 日		明・大・昭・平・令 (○を付けてください。)			
	氏 名	(性)※上段フリガナは左づめで記入してください。						(名)※上段フリガナは左づめで記入してください。					
住 所	郵便番号						電 話 ()						
保 護 者	フリガナ	続 柄						生 年 月 日		明・大・昭・平・令 (○を付けてください。)			
	氏 名	(性)※上段フリガナは左づめで記入してください。						(名)※上段フリガナは左づめで記入してください。					
住 所	□→受診者(本人)と住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 郵便番号 電 話 ()												
保 険 等	種 類 (○印)	区市町村国保、国保組合(本人、家族)、健保(本人、家族)、船保(本人、家族)、 各種共済(本人、家族)、後期高齢者、生保(福祉事務所名：) その他()											
	医療保険の記号 (後期高齢者の方は未記入)	医療保険の番号				保険者番号 (右づめで記入してください)							
	受診者と同じ保険の加入者		該当する所得区分		生保・低Ⅰ・低Ⅱ・中間Ⅰ・中間Ⅱ・一定以上		高額治療継続者 (重度かつ継続)		該当・非該当				
医 療 機 関 等 (コードは必ず記入してください)	医療機関	(所在地)郵便番号				医療機関コード							
		(名称)				電 話 ()							
	薬 局	(所在地)郵便番号				医療機関コード							
	(名称)				電 話 ()								
そ の 他	(所在地)郵便番号				医療機関コード								
	(名称)				電 話 ()								
申 請 者 を 提 出	氏 名	(姓)				(名)				本人との関係			
	住 所	□→受診者(本人)と住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 郵便番号 電 話 ()											
治療方針(病状)の変更等 (最近1年間で病状の変化の有無を○してください)		有・無		前年度申請時の診断書添付 (区市町村窓口担当の方にお聞きになり、○を御記載ください)				有・無					

注)精神障害者保健福祉手帳(診断書に基づくものに限る。)の交付を受けている方が、「重度かつ継続」に該当しない新規申請又は再開申請を行う場合には、手帳の写しを添付すれば、診断書は必要ありません。ただし、「重度かつ継続」に該当する新規申請又は再開申請を行う場合には、「重度かつ継続」に関する意見書を添付してください。

ここから下の欄には記入しないでください

診 断 書 の 出 発 日	(区市町村で必ず記入してください。)				精神障害者 保健福祉手帳番号			
	5 自立2年	6 手帳2年			自立支援医療費(継続)			
	7 自立2年(他県転入)	8 手帳2年(他県転入)			受給者番号 (均記入)			
	9 手帳新規	1 手帳新規(他県転入)						

自治体記入欄	確認事項(区市町村で必ず記入してください。)	所得区分(区市町村で必ず記入してください。)	高額治療継続者(重度かつ継続)(東京都)
	・医師の診断書(意見書)	生活保護	該当・非該当 (東京都が記入しますので、記入しないでください。)
	・精神障害者保健福祉手帳の写し	中間層Ⅰ	東京都受領印
	・医療保険の資格情報が確認できる書類	低所得Ⅰ	(東京都が押印しますので、空欄にしてください。)
・個人番号に係る世帯調査	中間層Ⅱ		
・生活保護受給世帯の証明書	低所得Ⅱ	一定以上	
・区市町村住民税課税証明書		備考	
・標準負担額減額認定証			
・区市町村住民税課税証明書			
・その他収入等を証明する書類 ()			
受診者(本人)の身元確認 (受診者が18歳未満の場合は保護者の身元確認)	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 運転経歴証明書 4 原簿 5 在留カード 6 その他()		
受診者(本人)の個人番号確認 (受診者が18歳未満の場合は保護者の個人番号確認)	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳等の確認 5 その他()		

(日本産業規格A列4番)

第11号様式の3(第8条—第10条関係)

(平27規則217・追加、令元規則30・令2規則118・一部改正)

第11号様式の3(第8条—第10条関係)

※この書類は、同一医療保険加入者の情報及び住民票上の住所を申告するためのものです。

年 月 日

個人番号に係る世帯調査
(精神通院)

受領印欄

受診者本人	氏名	生年月日	年 月 日
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> —上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。	
		〒	

受診者本人と同じ医療保険の加入者※2 (一人目)	氏名	生年月日	年 月 日
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> —上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。	
		〒	
	個人番号		

受診者本人と同じ医療保険の加入者※2 (二人目)	氏名	生年月日	年 月 日
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> —上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。	
		〒	
	個人番号		

受診者本人と同じ医療保険の加入者※2 (三人目)	氏名	生年月日	年 月 日
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> —上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。	
		〒	
	個人番号		

受診者本人と同じ医療保険の加入者※2 (四人目)	氏名	生年月日	年 月 日
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> —上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。	
		〒	
	個人番号		

受診者本人と同じ医療保険の加入者※2 (五人目)	氏名	生年月日	年 月 日
	1月1日の住民票上の住所※1	<input type="checkbox"/> —上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。	
		〒	
	個人番号		

※1 「1月1日の住民票上の住所」欄には、4月から6月までに申請する場合は前年度の1月1日、7月から翌年3月までに申請する場合は申請年度の1月1日時点の住所を記入してください。

※2 国民健康保険及び後期高齢者医療以外の保険に加入している場合は、被保険者のみを記入してください。

(日本産業規格S列4番)

第12号様式(第8条関係)

(平23規則46・全改、平25規則59・平26規則27・令元規則30・令2規則118・一部改正)

氏名		年 月 日生(歳)
住所		
1 病名 (ICDコードは、F00～F99、G40のいずれかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード()	
	(2) 従たる精神障害 _____ ICDコード()	
	(3) 身体合併症 _____	
2 発病から現在までの病歴 (推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載してください。)	(推定発病時期 年 月頃)	
3 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲んでください。)		
(1) 抑うつ状態 1思考・運動抑制 2易刺激性・興奮 3憂うつ気分 4その他()		
(2) 躁状態 1行為心拍 2多弁 3感情高揚・易刺激性 4その他()		
(3) 幻覚妄想状態 1幻覚 2妄想 3その他()		
(4) 精神運動興奮及びぼての状态 1興奮 2ぼて 3拒絶 4その他()		
(5) 統合失調症等残遺状態 1自閉 2感情平板化 3意欲の減退 4その他()		
(6) 情動及び行動の障害 1爆発性 2易怒性 3気分変動 4暴力・衝動行為 5常同行為 6多動 7食行動の異常 8性行動の異常 9チック・汚言 10その他()		
(7) 不安及び不穏状態 1強度の不安・恐怖感 2精神運動不穏 3心身衰弱 4兼迫体験 5心気症状 6心的外傷に関連する症状 7解離・転換症状 8その他()		
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)(発作型は以下を参照して該当するものを○で囲んでください。)		
1てんかん発作 発作型(イ・ロ・ハ・ニ) 頻度(回/月・年)		
てんかん発作の型 イ:意識障害はないが、随意運動が失われる発作 ロ:意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作 ハ:意識障害の有無を問わず、転倒する発作 ニ:意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作		
2意識障害 3その他()		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 1アルコール 2覚醒剤 3有機溶剤 4その他() ア乱用 イ依存 ウ残遺性・遅発性精神病性障害 エその他()		
(10) 知能、記憶、学習等の障害 1知的障害(精神遅滞) ア軽度 イ中等度 ウ重度 2認知症 3その他の記憶障害() 4学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他() 5遂行機能障害 6注意障害 7その他()		
(11) 広汎性発達障害関連症状 1相互的な社会関係の質的障害 2コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3限定した常同的で反復的な関心と活動 4その他()		
(12) その他()		

4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等	
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容 (2) 精神療法等 (3) 訪問看護指示の有無(有・無)	
6 今後の治療方針	
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (該当する項目を○で囲んでください。) ※(1)～(3)については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に規定するサービスに限る。 (1) 自立訓練(生活訓練) (2) 共同生活援助(グループホーム) (3) 居宅介護(ホームヘルプ) (4) その他の障害福祉サービス() (5) 訪問指導等 (6) なし	8 備考
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関コード <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>医療機関所在地 名称 電話番号 医師氏名 (自筆又は記名捺印)</p> <p style="text-align: right;">精神保健指定医の証の番号: _____ 精神医療従事年数: _____ 年</p>	
<p>東京都記載欄: 自立支援医療対象(該当・非該当) 重度かつ継続(該当・非該当)</p> <p>備考()</p>	

(日本産業規格A列3番)

第12号の2様式(第8条関係)

(平18規則254・追加、平31規則111・令元規則30・令2規則118・一部改正)

第12号の2様式(第8条関係)

「重度かつ継続」に関する意見書			
患者氏名			
住 所		年 齢	
<p>主たる精神障害(ICD-10に準じ該当する番号に○を付け又は記載すること。)</p> <p>① 症状性を含む器質性精神障害(F0)</p> <p>② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)</p> <p>③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)</p> <p>④ 気分障害(F3)</p> <p>⑤ てんかん(G40)</p> <p>⑥ その他： (F)</p>			
<p>「主たる精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。</p> <p>従たる精神障害</p>			
<p>現在の病状(継続的な医療の必要性が分かるように記載すること。)</p>			
<p>治療方針(計画的集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること。)</p> <p>薬物療法</p> <p>精神療法等</p>			
<p>医師の略歴(精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載すること。)</p> <p style="text-align: right;">精神保健指定医の証の番号： 精神医療従事年数：</p>			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(医療機関名) (電話番号) (医師氏名) 自筆又は記名捺印</p>			
<p>東京都記載欄： 重度かつ継続(該当 ・ 非該当)</p> <p>備考()</p>			

(日本産業規格A列4番)

第13号様式(第8条、第15条関係)

(平18規則254・全改、平20規則87・平25規則59・令元規則30・令2規則213・令6規則180・一部改正)

(表)

自立支援医療(精神通院)受給者証												
取扱窓口名				公費負担者番号								
受給者番号				負担者番号								
受診者	氏名			生年月日								
	住所											
医療保険の記号・番号				保険者名								
有効期間		公費負担										
		医療費助成										
月額自己負担上限額								重度かつ継続				
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		氏名			続柄							
		住所										
医療機関	名称											
	所在地				電話 ()							
薬局	名称											
	所在地				電話 ()							
その他	名称											
	所在地				電話 ()							
上記のとおり、認定する。 年 月 日 東京都知事												
◎裏面参照のこと。												

<注意事項>

- 1 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に基づく自立支援医療費の支給を受ける場合には、受診の都度、この受給者証に医療保険の資格情報が確認できる書類及び各月の自己負担上限額管理票(別紙)を添えて受給者証表面に記載されている医療機関等(病院、診療所、保険薬局又は訪問看護ステーション)に必ず提示してください。この場合は、受給者証に記載された月額自己負担上限額を限度とする患者一部負担額(医療費の1割)を医療機関等にお支払いください。
- 2 受給者証表面に記載されている医療機関等において有効期間内に受診した場合は、医療保険各法を適用し、その自己負担相当額から月額自己負担上限額を限度とする患者一部負担額を差し引いた額を支給します。
- 3 変更がある場合、下記により、手続をしてください。
 - (1) 受給者証表面に記載されている医療機関等及び負担上限額を変更する場合は、居住地を管轄する区市町村を經由して「自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書」を提出し、新たな受給者証の交付を受けてください。
 - (2) 受給者証の氏名、居住地及び加入する医療保険等を変更したときは、居住地を管轄する区市町村を經由して「自立支援医療(精神通院)受給者証等記載事項変更届」を提出してください。
- 4 この受給者証の有効期間中に、治療を受ける必要がなくなったとき、又は期限が切れたとき、その他居住地を他の道府県に変更したときは、速やかに管轄区市町村へこの受給者証を返還してください。
- 5 有効期間を過ぎると自立支援医療費の支給が受けられなくなりますので、継続申請は有効期間の終了する3箇月前から区市町村の手続窓口で行ってください。
- 6 再申請又は継続申請の場合は、この受給者証を添付してください。
- 7 受給者証を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の手続窓口で再交付の申請をしてください。
- 8 この受給者証を医療機関等に提示しなかった場合には、自立支援医療費の支給は受けられません。
- 9 不正に、この受給者証を使用した者は、刑法により詐欺罪として罰せられます。

(変更届出事項記載欄)

.....

.....

.....

.....

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示の文の標準を定める規則(平成16年東京都規則第345号)別記第1に準じた教示の文を付すこと。

別紙

(表)

年 月分自己負担上限額管理票				
受診者		受給者番号		
月額自己負担上限額				円
下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。				
日付	医療機関等	確認印		
月 日				
日付	医療機関等	自己負担額	自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
《受診者の方へ》				
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に基づく自立支援医療費(精神通院)の支給を受ける場合には、この管理票を医療機関等(病院、診療所、保険薬局又は訪問看護ステーション)に提示してください。				
《医療機関等の皆様へ》				
この管理票の提示があった場合、医療機関等の名称と自己負担額(東京都医療費助成対象者の場合は、医療費助成額)等を記入してください。なお、月額自己負担上限額に達した場合は、最上段の確認欄に医療機関等の名称等を記入してください。当該月は、管理票のそれ以後の記入は不要となり、本人の自己負担はありません。				

(日本産業規格B列6番)

(裏)

日付	医療機関名	自己負担額	自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

(日本産業規格B列6番)

第14号様式(第8条、第15条関係)

(平18規則254・全改、平25規則59・平28規則57・令元規則30・令2規則213・一部改正)

年 月 日

自立支援医療(精神通院)支給認定申請却下決定通知書

様

東京都知事

年 月 日付けで申請のあった 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するた
め法律第53条第1項 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するた
め法律施行細則第15条第1項 の規定による 自立支援医療(精神通院医療) の支給認定申請につい
ては、 同法第54条第1項 医療費助成
同施行細則第15条第3項 の規定に基づき、下記の理由により却下することに決定しました
ので、通知します。

記

理由

- 1 所得基準を上回る所得であるため
- 2 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
- 3 その他()

(教示)

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、東京都知事に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、東京都を被告として(訴訟において東京都を代表する者は東京都知事となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

(日本産業規格A列4番)

第15号様式(第10条、第18条関係)

(平18規則254・全改、平25規則59・平27規則217・令元規則30・令2規則118・令2規則213・令6規則180・一部改正)

自立支援医療(精神通院)受給者証等記載事項変更届																							
受診者 (本人) 個人番号													保護者個人番号 (受診者が18歳 未満の場合)										
受診者	フリガナ												生年月日										
	氏名												年 月 日										
	フリガナ																						
	住所		郵便番号					電話 ()															
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		<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と住所が同じ場合は、こちらに チェックを入れて記入を省略できます。 郵便番号 電話 ()																				
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)																						
	医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険 者名・受診者と同一の加 入者)																						
	精神障害者保健福祉手 帳番号																						
備 考																							
私は、自立支援医療(精神通院)受給者証及び自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書に 記載された事項の変更について、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 法律施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者氏名 (受診者との続柄：) 東京都知事 殿 受理年月日 年 月 日 取受印欄																							

※ 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を申請する場合は、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(別記第11号様式)に記載すること。

自治体 記入欄	受診者(本人)の身元確認 (受診者が18歳未満の場合は 保護者の身元確認)	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 運転経歴証明書 4 旅券 5 在留カード 6 その他()
	受診者(本人)の個人番号確認 (受診者が18歳未満の場合は 保護者の個人番号確認)	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳等の確認 5 その他()

(日本産業規格A列4番)

第16号様式(第11条、第19条関係)

(平18規則254・全改、平25規則59・平27規則217・令元規則30・令2規則118・令2規則213・一部改正)

自立支援医療(精神通院)受給者証再交付申請書																						
受診者 (本人) 個人番号														保護者個人番号 (受診者が18歳 未満の場合)								
受 診 者	フリガナ												生 年 月 日									
	氏 名												年 月 日									
	フリガナ																					
	住 所		郵便番号				電 話 ()															
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		<input type="checkbox"/> 受診者(本人)と住所が同じ場合は、こちらに チェックを入れて記入を省略できます。 郵便番号 電 話 ()																			
自立支援医療費受給者番号																						
申 請 理 由	1 破損した			2 汚した			3 紛失した															
	(理 由)																					
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令第33条第1項及び障害者の 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細則第19条の規定に基づき、自立支 援医療(精神通院)受給者証の再交付を申請します。																						
年 月 日																						
申請者氏名 (受診者との続柄：) 東京都知事 殿																						
受理年月日 年 月 日 収受印欄																						

自治体 記入欄	受診者(本人)の身元確認 (受診者が18歳未満の場合は 保護者の身元確認)	1 個人番号カード 2 運転免許証 3 運転経歴証明 書 4 旅券 5 在留カード 6 その他()
	受診者(本人)の個人番号確認 (受診者が18歳未満の場合は 保護者の個人番号確認)	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳等の確認 5 その他()

(日本産業規格A列4番)

第17号様式(第12条、第23条関係)

(平18規則254・全改、平25規則59・平28規則57・令元規則30・令2規則213・一部改正)

年 月 日

自立支援医療(精神通院)支給認定取消決定通知書

様

東京都知事

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第57条第1項
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細則第23条第1項の規定によ
る精神通院医療の支給認定の取消しについて、下記のとおり決定したので、通知します。

記

1 支給認定取消しの理由

[]

2 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第57条第1項の規定に基づく支給認定の取消しのときは、この決定に伴い、同条第2項及び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第49条第1項の規定に基づき、次のとおり受給者証を返還する必要があります。

(1) 返 還 先

(2) 返還期限 年 月 日

(教示)

1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、東京都知事に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、東京都を被告として(訴訟において東京都を代表する者は東京都知事となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

(日本産業規格A列4番)

第18号様式(第21条関係)

東京都負担医療費請求書(精神通院)

医療機関等
 コー ド

東京都知事 殿

右記のとおり請求いたします。

年 月 日

診療・調剤年月	年 月 分	診療・調剤件数	件
診療・調剤費			

医 科	調 剤	訪 問
1	4	6

・いづれかに○してください。

医療機関等所在地
 名 称
 開 設 者
 電 話 番 号 () 担 当 者

内 訳 No. _____

負担者番号 <input type="checkbox"/> 受給者番号	保険者番号	患者氏名	日 数	請 求 額	公費分点数	備 考
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 1
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 2
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 3
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 4
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 5
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 6
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 7
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 8
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 9
9 3 1 3 3 0 0 7			日	円	点	社・後・組 10
9 9 9 9 9 9 9 9	合 計		件	円		

(注)1 請求書は、診療(調剤)年月ごとに別用紙にしてください。
 2 備考欄の保険種別(「社」:健康保険、「後」:後期高齢者、「組」:国保組合)に○を付けてください。
 3 診療(調剤)報酬明細書の写し及び自己負担上限額管理票の写しを添付してください。

(日本産業規格A列4番)

第19号様式(第21条関係)

(平20規則87・全改、令元規則30・令6規則180・一部改正)

㊤ 医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(精神通院用)

受診者氏名 (フリガナ)	自立支援医療(精神通院)受給者証番号	生年月日
	負担者番号 9 3 1 3 3 0 0 7	
	受給者番号	年 月 日生

申請額	円	金融機関コード	*	*	0
-----	---	---------	---	---	---

- ※1 自己負担上限額管理票の写しを添付してください(平成18年4月以降診療分)。
- ※2 医療機関等の窓口でお支払いになった金額①のうち、高額療養費に相当する部分は東京都から支給されません。
- ※3 高額療養費は、御加入の健康保険等から支給されます。
- ※4 高額療養費は、患者又は申請者から、別途、御加入の健康保険等への請求が必要となる場合があります。請求方法については、保険者にお問い合わせください。

振込先口座 (申請者)	銀行 信用組合 信用金庫 農協	支店・出張所	支店番号	預金種別	1普通 2当座	口座番号					
	フリガナ		受診者との続柄	申請者住所 郵便番号()							
	口座名義	㊤					電話番号 ()				

- (注)1 受診者が未成年の場合は、保護者が申請者になってください。
- 2 *欄は、記入しないでください。
- 3 太枠の中は、必ず記入してください。
- 4 口座名義のフリガナは、金融機関の通帳に登録したとおりに記入してください。

上記のとおり申請します。
 なお、支給決定額は、上記の口座にお振り込みください。
 東京都知事 殿

年 月 日

↑こちら側は、受診者及び申請者が記入してください。

↓こちら側は、受診した病院や保険薬局等で証明を受けてください。

療 養 証 明 欄

診療調剤	年 月	日 数	診療・調剤費	診療調剤	点 数	備 考
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
	年 月	日	円		点	
合 計			① 円			

上記のとおり領収しました。

年 月 日

(医科 ・ 調剤 ・ 看護)
 1 4 6

医療機関等コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

所在地
 施設名
 医療機関名 管理者名 _____ ㊤
 担当者名(所属課)
 電 話