

市町村名		市町村コード		整理番号						市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	--	--------	--	------	--	--	--	--	--	----------	----	---	---	---

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

神奈川県知事 殿

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる申請をします。
(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名)



申請者氏名

申請事由	1	新規申請	3	再申請（再認定）	精神障害者手帳：有・無 有効期間短縮：有 診断書添付：有・無・その他()
	2	再申請（継続）	4	県外転入申請	

申請年月日		令和		年		月		日		自立支援医療費受給者番号													
受診者	個人番号																						
	フリガナ											既存の受給者証の有効期限平成 年 月末日 生 年 月 日											
	氏名	(氏) (名)										明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和 年 月 日											
	住所	(〒 -) 電話番号 () -																					
受診者が18歳未満の場合	個人番号																						
	フリガナ											受診者との続柄											
	保護者の氏名	(氏) (名)										父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他()											
	保護者の住所	(〒 -) 電話番号 () -										※受診者と住所が異なる場合に記入。											
負担額に関する事項	保険の種類	1被用者(本人) 2被用者(家族) 3国民健康保険 4生活保護(福祉事務所) 5その他																					
	保険証の記号と番号	記号 番号										保険者名と保険者番号 名称 番号											
	受診者と同一保険の加入者(氏名・続柄・個人番号)	氏名続柄											個人番号										
		氏名続柄											個人番号										
		氏名続柄											個人番号										
所得区分		生保		非課税1		非課税2		中間1		中間2		一定以上		重度かつ継続		該当		非該当					
指定医療に関する事項	診療の種類		名 称										所在地・電話番号										
	一般医療（病院・診療所）																						
	上記以外に医療機関を申請する場合は、該当する区分に○をしてください。その他は、()内に記入してください。																						
	デイケア	訪問看護	()																				
	その他																						
薬 局																							

※この欄は、市町村で記入してください。

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()

所得区分 重課該当 承認欄

☐ 診断書写しによる手帳と同時申請
(該当する場合は、口に「レ」を記入してください。)