





市町村名	大和市	市町村コード	1	2	整理番号		市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	-----	--------	---	---	------	--	----------	----	---	---	---

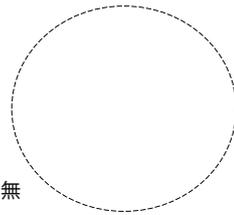
# 自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書

神奈川県知事 殿

市町村受理印

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

↓あてはまるものに○

↓あてはまるものに○

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( )

申請事由	1	新規申請	3	再申請（再認定）
	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												
	氏名	(氏)	(名)	既存の有効期限	平・令	年	月	日	生年月日	明・大・昭・平・令	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									
	加入医療保険の記号と番号	記号					名称				
	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	①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上							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						
	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	重総該当	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。)

見本

市町村コード

整理番号

市町村受理年月日

年 月 日

神奈川県

申請者氏名は受診者氏名と同一。

18歳未満は保護者名と同一。

精神通院) 支給認定申請書

私は、次の

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。記名押印又は自署)

市町村

申請者氏名 大和 太郎

新規と転入の申請の場合は、記入は不要です。

申請事由	1	新規申請	3	再申請(再認定)
	2	再申請(継続)	4	県外転入申請

精神通院) 月・無・その他( )

申請年月日 令和 4 年 7 月 1 日

自立支援医療費受給者番号

個人番号	フリガナ	氏名	住所
	ヤマト タロウ	大和 太郎	大和市鶴間1-31-7
受診者	氏名	氏名	住所
	大和 (氏)	太郎 (名)	大和市鶴間1-31-7
	(〒 242 - 0004)	電話番号 ( 046 )	260 - 5667

既存の受給者証の有効期限	令和 4 年 9 月末日
生年月日	昭和 60 年 5 月 20 日

受診者が18歳未満の場合	個人番号	フリガナ	保護者の氏名	保護者の住所	受診者との続柄
					兄弟 その他( )
<p>受診者が18歳未満の場合のみ 記入(申請者と同一)</p>					

負担額に関する事項	受診者の加入医療保険	加入医療保険の記号と番号	加入医療保険の記号と番号	加入医療保険の記号と番号
	受診者と同一保険の加入者(氏名・続柄・個人番号)	氏名続柄	氏名続柄	氏名続柄
	所得区分	①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間	⑤非課税3 ⑥非課税4 ⑦非課税5 ⑧非課税6 ⑨非課税7 ⑩非課税8 ⑪非課税9 ⑫非課税10	⑬非課税11 ⑭非課税12 ⑮非課税13 ⑯非課税14 ⑰非課税15 ⑱非課税16 ⑲非課税17 ⑳非課税18 ㉑非課税19 ㉒非課税20

保険の種類が、1 被用者(本人)は記入不要。2 被用者(家族)は被保険者名と続柄を記入。3 国民健康保険と5 その他(後期高齢者医療保険など)は加入者全員の氏名・続柄を記入。

指定医療機関に関する事項	診療の種類	名称	所在地・電話番号	
	一般医療(病院・診療所)	大和市立病院	大和市深見西8-3-6	
	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。			
	①デイケア	②訪問看護	③その他	林間メンタルクリニック 大和市林間2-1-24 青木ビル3F
	④薬局	⑤訪問看護	⑥その他	大和深見西薬局 大和市深見西8-2-13

※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	重継該当	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。)