

自立支援医療費(精神通院)の支給認定期間の短縮について

今回、制度の説明を受け趣旨を了解しましたので、自立支援医療費(精神通院)の支給認定期間を短縮し、現在交付されている精神障害者保健福祉手帳の有効期間終了日に合わせることを依頼します。

参考までに精神障害者保健福祉手帳の写しを添付します。

現在の有効期間終了日 令和 年 月 日

期間短縮後の 〃 令和 年 月 日

受給者証番号 _____

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

住 所 _____

申請者氏名 _____

(保護者等の場合)

住 所 _____

申請者氏名 _____