

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定（新規・変更）申請書

令和〇年4月1日

（宛先）川崎市長

次のとおり（新規・**継続**・再認定・市外からの転入・変更）の申請をします。

申請者氏名 自立 太郎

受診者	フリガナ	ジリツ タロウ		生年月日	平成〇〇年4月1日		年金の受給状況	無・有
	受診者氏名	自立太郎		電話	044-***-*** 090-***-***			
	受診者居住地	〒210-0005 川崎市川崎区東田町8番地 パレール三井ビル12F		電話	044-***-*** 090-***-***			
	受診者個人番号	1 2 3 4 * * * * * * * * * *		診断書の添付	無・ 有 [自立支援医療用 精神保健福祉手帳用]			
未受診者が18歳の場合	フリガナ	ジリツ チチノスケ		受診者との関係	父			
	保護者氏名	自立 父乃介		電話※2	080-***-***			
	保護者個人番号	9 8 7 6 * * * * * * * * * *		保護者居住地※1	〒			
負担額に関する事項	受診者の記号	5 0		受診者との関係				
	被保険者の番号	1 2 3 4 * * *		保険者名	川崎市			
	受診者と同一保険加入者の氏名及び個人番号							
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・その他		重度かつ継続※2	該当・非該当			
受給者番号	7 6 5 4 * * *		継続の場合に記入					
精神保健福祉手帳番号								手帳を所持している場合に記入
受診を希望する指定自立支援医療機関	名称			所在地及び連絡先				
医療機関	〇〇メンタルクリニック	〒210-**** 川崎市川崎区**-*-*		電話	044-***-***			
デイケア実施医療機関		〒		電話				
訪問看護事業者		〒		電話				
薬局	△△薬局 △△店	〒150-**** 東京都渋谷区**-*-*		電話	03-****-***			
	□□調剤薬局	〒215-**** 川崎市麻生区**-*-*		電話	044-***-***			
		〒		電話				

※1 受診者の居住地と異なる場合に記入してください。

※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をしてください。（不明な場合は、記入不要）

送付先住所（現住所以外へ送付する場合記入）〒

宛名

※ 申請者以外の方が提出をする場合のみ記入してください。		
申請書提出者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	電話	
	申請者との関係	

受付印

【申請される方へ】
この様式で申請する場合は、同じ内容を記載した申請書を①川崎市提出用 ②区役所控 ③本人控 の3枚作成してください。

【医療機関の方へ】
この様式の本人控（区役所地域みまもり支援センター高齢・障害課の受付印が押してあるものに限ります。）を持参した方がいた場合、通常の申請書の本人控（複写式・ピンク色のもの）と同様に取り扱ってください。