　川崎市提出用・区役所控・本人控

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定（新規・変更）申請書

年　　月　　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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | 年金の  受給状況 | | | 無・有 | | |
| 受診者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | |
| 受診者居住地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話 | | | |  | | | | | |
| 受診者個人番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | | | | | |
| 診断書の添付 | | | 無　・　有　［　自立支援医療用・　精神保健福祉手帳用　］ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者が１８歳未満の場合 | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受診者との関係 | | | | |  | | | | |
| 保護者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者居住地※1 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話※2 | | |  | | | | | | |
| 保護者個人番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の  被保険者証 | 記号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | | | | | |
| 番号 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  |
| 保険者名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
| デイケア実施医療機関 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護事業者 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬　　　局 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　　　　　　　　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 |  |  | 受付印 |
| 氏名 |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 電　　　　　話 |  |
| 申請者との関係 |  |

【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。