

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]			
未受診者が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	記号				
	受診者の被保険者証番号				
	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	
	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。