

市町村名	小田原市	市町村コード	0 5 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

申請 事由	1 2	新規申請 再申請（継続）	3 4	再申請（再認定） 県外転入申請	有効期間短縮：有 診断書添付：有・無・その他（ ）
----------	--------	-----------------	--------	--------------------	------------------------------

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		既存の受給者証	平・令・年・月末日
	氏名 (氏)	(名)	生年月日	明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和
	住所 (〒)	電話番号 ()	—	
受診者 が18歳 未満の 場合	個人番号		受診者との続柄	
	フリガナ		父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他()	
	保護者の氏名 (氏)	(名)	電話番号 ()	—
	保護者の住所 (〒)		—	
※受診者と住所が異なる場合に記入。				

負担額 に関する事項	加入医療保険の記号と番号	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	
		記号	保険者名と 保険者番号	名称
		番号	番号	番号
加入医療保険	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）		
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 ()		
デイ ケア	訪問 看護 ()		
デイ ケア	訪問 看護 ()		
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	重複該当	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、□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

(精神通院) 支給認定申請書

申請者氏名は受診者氏名と同一。

神奈川

18歳未満は保護者名と同一。

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 小田原 太郎

↓あてはまるものに○

↓あてはまるものに○

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

申請年月日 令和 7 年 7 月 1 日

自立支援医療費受給者番号

個人番号	2 1 1 2 2 3 4
フリガナ	既存の受給者証の有効期限
受診者氏名	タロウ
(氏)	令和 8 年 2 月末日
(元)	生年月日
住所	小田原市荻窪 300
(元)	昭和 60 年 5 月 20 日
電話番号	(0465) 33 - 1468

個人番号	1	2	3	4	5
フリガナ	受診者が18歳未満の場合のみ	記入(申請者と同一)	者との続柄	兄 姉 その他()	-
保護者の氏名	(氏)	(元)			
保護者の住所	(元)				

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
受診者の記号と番号	記号		保険者名と保険者番号	名称	
加入医療保険の記号と番号			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 ③非課税 ④中間				

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。

診療の種類	名 称	所在地・電話番号
一般医療(病院・診療所)	○×病院	小田原市荻窪〇〇
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()	△△メンタルクリニック 小田原市城山〇〇
デイケア	訪問看護()	
デイケア	訪問看護()	
薬局	ODAWARA薬局	小田原市栄町〇〇

※この欄は、市町村で記入してください。	所得区分	重複該当	承認欄
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()			
	診断書写しによる手帳と同時申請 (該当する場合は、□に「レ」を記入してください。)		