

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	新規申請	3	再申請（再認定）	有効期間短縮：有
	2	再申請（継続）	4	県外転入申請	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											既存の受給者証の有効期限									
	氏名	(氏) (名)										平成 年 月 日									
	住所	(〒 - ) 電話番号 ( ) -										生 年 月 日									
受診者が18歳未満の場合	個人番号																				
	フリガナ											受診者との続柄									
	保護者の氏名	(氏) (名)										父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他( )									
	保護者の住所	(〒 - ) 電話番号 ( ) -										※受診者と住所が異なる場合に記入。									
負担額に関する事項	受診者の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										
		加入医療保険の記号と番号	記号		番号		名称		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		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	その他( )																		
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	重総該当	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。)		

精神通院）支給認定申請書

神奈川

私は、次の

申請者氏名は受診者氏名と同一。

18歳未満は保護者名と同一。

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。記名押印又は自署)

市町村

申請者氏名 小田原 太郎

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	オダワラ タロウ
受診者氏名	小田原 太郎
(氏)	(名)
住所	小田原市荻窪300
電話番号	( 0 4 6 5 ) 3 3 - 1 4 6 8

受診者が18歳未満の場合	保護者の氏名 (氏) (〒)	保護者の住所
受診者が18歳未満の場合のみ 記入（申請者と同一）		

負担額に関する事項	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
加入医療保険の記号と番号	加入医療保険の記号と番号
受診者同一保険の加入者(氏名・続柄・個人番号)	氏名 続柄
氏名 続柄	氏名 続柄
氏名 続柄	氏名 続柄
所得区分	①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間

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）	○×病院 小田原市荻窪○○
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。	
①デイケア 訪問看護 ( )	▽△メンタルクリニック 小田原市城山○○
②デイケア 訪問看護 ( )	
③デイケア 訪問看護 ( )	
薬局	ODAWARA薬局 小田原市栄町○○

※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「」を記入してください。)