（市提出用）

受付区	中央・南・緑（津・城・相・藤）	窓口受理日	．　．	住民番号	

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書

受付印

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。記名押印又は自署）

相模原市長　あて　　申請者氏名

事申由請						
1		新規申請	3		更新（再承認）【診断書添付：　有　・　無】
2		更新（継続）【診断書添付：　有　・　無】	4		転入申請

申請年月日	年　月　日	既存の受給者証の有効期限	年　月末日
受給者番号		個人番号	
フリガナ			生年月日
受診者の氏名	（氏）	（名）	明治・大正 昭和・平成　年　月　日
受診者の住所	（〒　－　） 相模原市　区	電話番号（　）　－	
受診者が18歳未満の場合　保護者の氏名		続柄	個人番号
受診者が18歳未満の場合　保護者の住所	※受診者と住所が異なる場合に記入 相模原市　区	電話番号（　）　－	

被保険者証に関する事項（受診者の保険証）	1被用者(本人)　2被用者(家族)　3国民健康保険　4後期高齢　5生活保護(　福祉事務所)　6その他			
	記号		番号	
	保険者番号		保険者名	
受診者と同一保険の加入者（氏名・個人番号・続柄）	氏名	続柄	氏名	続柄
	個人番号		個人番号	
	氏名	続柄	氏名	続柄
	個人番号		個人番号	
	氏名	続柄	氏名	続柄
	個人番号		個人番号	
所得区分に関する事項	生保　低1　低2　中間1　中間2　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
	一般診療（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（　）		
	デイケア　訪問看護　その他（　）		
	デイケア　訪問看護　その他（　）		
	薬局		

提出される方が申請者本人でない場合は記入してください。

申請書を提出した者			
氏名		本人との続柄	
住所	※申請者本人と異なる場合に記入　電話番号（　）　－		

ここから下の欄には、記入しないでください

（市使用欄）

所得区分確認方法	□個人番号　□市町村民税課税証明書又は台帳　□市町村民税非課税証明書又は台帳 □生活保護受給世帯の証明書　□特徴通知　□その他（　）

所得区分	重継該当	承認欄

受付		代理権確認		身元確認			番号確認	
	□窓口		□被保険者証　□障害者手帳	1点	□個人番号カード　□障害者手帳　□運転免許証			□個人番号カード
	□郵送		□自立支援医療受給者証		□その他（　）			□通知カード
	□本人（保護者）		□年金関係書類	2点	□被保険者証　□自立支援医療受給者証			□住民基本台帳
	□代理		□その他（　）		□（　）受給者証・　□その他（　）			□その他（　）

※身元確認注意事項（・代理申請の場合は、代理人の身元確認を行う。　・写真の無い身元確認書類は2点以上必要。）