

市町村名	逗子市	市町村コード	07	整理番号		市町村受理年月日	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

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)

市町村  
受理印

申請者氏名 **逗子 花子**

**受診者が18歳以上の場合は、  
本人がご申請ください**

↓あてはまるものに○

帳：有・無  
縮：有  
診断書添付：有・無・その他( )

申請事由	1	新規申請	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 7 年 9 月 5 日	自立支援医療費受給者番号	
-------	----------------	--------------	--

個人番号	<b>マイナンバー(12桁)</b>	012	<b>新規申請の場合は記入不要 県外転入申請の場合は、有効期限のみ記入</b>
フリガナ	スズ	ハナコ	
受診者氏名	<b>逗子</b>	<b>花子</b>	
(氏)	(名)	治正和(成)和 7 年 4 月 7 日	
(〒 249 - 0006 )	電話番号 ( 046 )	873 - 1111	
住所	<b>逗子市逗子5-2-16</b>		

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	保険の種類	1被用者(本人) 2被用者(家族) <b>3国民健康保険</b> 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 <b>09</b> 番号 <b>2468686</b>
	受診者同一保険の加入者(氏名・続柄・個人番号)	氏名続柄 <b>逗子 一郎・夫</b> 個人番号 <b>012345678910</b> 氏名続柄 <b>逗子 太郎・子</b> 個人番号 <b>123456789101</b> 氏名続柄 <b>逗子 カナ子・母</b> 個人番号 <b>234567891012</b>
	名称	<b>逗子市</b> 番号 <b>140095</b>
所得区分	<b>市役所で確認後記入</b>	

指定医療に関する事項	診療の種類	名称	所在地・電話番号
	一般医療(病院・診療所)	<b>メンタルクリニック逗子海岸</b>	<b>逗子市逗子X-X-X</b> 電話番号 ( 046 ) 872 - 8114
	デイケア (訪問看護)	<b>訪問看護ステーション逗子海岸</b>	<b>逗子市新宿X-X-X</b> 電話番号 ( 046 ) 873 - XXXX
	訪問看護 (その他)		電話番号 ( ) -
	薬局	<b>ドラッグストアマリナ 逗子海岸店</b>	<b>逗子市逗子X-X-X</b> 電話番号 ( 046 ) 872 - XXXX

**指定医療機関のみ利用できます**

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。

※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	重継該当	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「し」を記入してください。)