

障害者手帳・通院医療費公費負担申請書

山形県知事 殿

平成 年 月 日

私は、次の事項（印）について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
[新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付]
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に基づく通院医療費の公費負担の
[新規承認・継続承認・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付]

申請者 (精神障害者本人)	フリガナ					性 別	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	
	氏名	印								
	住所	電話 ()								
家族の連絡先	氏名		続柄		住所	電話 ()				
通院医療費のみ記入の申請者の種類(印)	保険の種類(印)	健保(本人、家族)、国保(一般、退職本人、退職家族)、船保(本人、家族)、各種共済(本人、家族)、老保、生保(受給申、申請中:福祉事務所名)、労災、保険未加入、その他()								
	通院医療機関	医療機関名 所在地								
添付書類(印)	医師の診断書 年金証書等の写(級) 精神障害者保健福祉手帳	既存の手帳・患者票の有効期限			平成 年 月 日					
		既存の手帳の手帳番号								
		既存の通院医療費の受給者番号								
申請書を提出した者	氏名	印			本人との係	住所	電話 ()			

- (注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」が必要です。
- 2 既に手帳を持っている方が新たに通院公費負担医療を申請する場合は、手帳を添付して下さい。
- 3 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
- 4 の欄は記入しないで下さい。